

# ANNALES

DE

## DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

### TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

**ERNEST BESNIER**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de médecine.

**A. DOYON**

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.  
Correspondant de l'Académie de médecine.

**BROCO**

Médecin des Hôpitaux.

**A. FOURNIER**

Professeur à la Faculté de médecine.  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**HALLOPEAU**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de médecine.

**G. THIBIERGE**

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE  
CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILLE, DU CASTEL  
ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME  
L. JULLIEN, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN  
MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER  
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAULT  
R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

**D<sup>r</sup> HENRI FEULARD**

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

### TOME VIII

N° 2. — Février 1897

PARIS

MASSON ET C<sup>o</sup>. ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCKXCVII

## CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

# IODOL

BREVET ALLEMAND N° 35130

Le meilleur succédané de l'iodoforme  
Inodore et non toxique

S'emploie avec succès pour le traitement de toutes les maladies syphilitiques, l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales.

SEULS FABRICANTS : KALLE & C<sup>ie</sup>, BIEBRICH-S-RHIN

Dépôt général chez **M. REINICKE**, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

## SAVONS MÉDICINAUX. A. MOLLARD

**JOUBERT**, Pharmacien de 1<sup>re</sup> Classe, Successeur  
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la Douz.  
**SAVON Pheniqué**... à 5% de A<sup>o</sup> MOLLARD 12<sup>5</sup>  
**SAVON Boraté**... à 10% de A<sup>o</sup> MOLLARD 12<sup>5</sup>  
**SAVON au Thymol**... à 5% de A<sup>o</sup> MOLLARD 12<sup>5</sup>  
**SAVON à l'Ichthyol**... à 10% de A<sup>o</sup> MOLLARD 24<sup>5</sup>  
**SAVON Borique**... à 5% de A<sup>o</sup> MOLLARD 12<sup>5</sup>  
**SAVON au Salol**... à 5% de A<sup>o</sup> MOLLARD 12<sup>5</sup>  
**SAVON au Sublimé** à 1% ou 10% de A<sup>o</sup> MOLLARD 18<sup>5</sup> ou 24<sup>5</sup>  
**SAVON Iodé** (KI — 10 %/o) de A<sup>o</sup> MOLLARD 24<sup>5</sup>  
**SAVON Sulfureux** hygiénique de A<sup>o</sup> MOLLARD 12<sup>5</sup> ou 24<sup>5</sup>  
**SAVON au Goudron de Bourgogne** de A<sup>o</sup> MOLLARD 12<sup>5</sup>  
**SAVON Glycerine**... de A<sup>o</sup> MOLLARD 12<sup>5</sup>  
Ils se vendent en boîte de 1/4 ET de 1/2 DOUZAINE AVEC  
35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

## SYPHILIS GRANULES DARDEL à l'Arséniate de Mercure

ASO<sup>2</sup> 2HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'étiquette ne porte pour toute désignation que la formule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob

## LE SACCHAROLE de QUINQUINA VIGIER

TONIQUE — RECONSTITUANT — FÉBRIFUGE

Ménerme tous les principes toniques et alcaloïdiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'Extrait de Quinquina, Pilules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'extrait.

**DOSE** : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorose, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence. — 2 à 4 cuillerées à café contre les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — **Prix du Flacon** représentant 20 grammes d'Extrait : 3 francs.

**ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER** aussi actif que le Saccharolé. **DOSE** : Un verre à liqueur à chaque repas.

Pharmacie de 1<sup>re</sup> Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris  
**VIGIER**, Ph<sup>ie</sup> CHARLARD, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

de  
,

DEL  
mercur

s gra  
s, l'E  
la fo

R

autre  
extra  
les ca  
cont  
ranci  
repa





## TRAVAUX ORIGINAUX

### SARCOMATOSE CUTANÉE. LYMPHOSARCOME

Par le D<sup>r</sup> **Henri Malherbe** (de Nantes).

TRAVAIL DU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

OBSERVATION. — Dans le courant du mois de février 1896, entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre regretté maître Boiffin, une malade portant des tumeurs multiples de la peau.

Cette femme, âgée de 46 ans, sans tare pathologique héréditaire, a toujours joui d'une bonne santé. C'est seulement à la fin de décembre 1895, qu'apparurent les néoplasies pour lesquelles elle vient consulter. Leur accroissement fut rapide, mais jamais elles n'éveillèrent de bien vives douleurs; ce fut par hasard que la malade les découvrit en s'habillant. Ces néoplasies sont ainsi réparties : une est située sur la face postéro-externe de l'avant-bras gauche et atteint le volume d'une grosse orange, elle est ulcérée, noirâtre, et exhale une odeur fétide.

Une seconde tumeur existe sur la face antéro-interne de l'avant-bras droit, à 3 ou 4 travers de doigt du coude. Cette tumeur est plus enchâssée que la précédente dans l'épaisseur de la peau, elle a une coloration rouge vineux, et égale le volume d'une petite mandarine. Enfin, à la région postérieure de la jambe gauche, à la partie inférieure du mollet, se trouve une troisième tumeur semblable aux précédentes. Elle a la même coloration, mais elle est un peu moins grosse.

Au niveau de ces tumeurs, la peau paraît un peu amincie et sauf la coloration rouge vineux ou noire déjà signalée, elle n'offre pas d'altérations pathologiques. Notons également qu'avant le développement de ces productions morbides, il n'y a pas eu d'éruption cutanée et qu'à leur niveau, il n'y avait ni nævus pigmentaire ou vasculaire, ni difformité cutanée quelconque.

Tout autour de la tumeur située sur la jambe, on aperçoit des taches ecchymotiques distendues et de couleurs variables; les unes sont rouges, les autres violettes ou verdâtres. Ce sont, au dire de la malade, des points où il y aurait eu des tumeurs analogues à celles que nous constatons aujourd'hui, tumeurs qui se seraient affaissées spontanément; certaines mêmes, auraient disparu sans laisser de traces.

Ces néoplasmes ne sont point douloureux à la pression. Ils sont parfaitement mobiles et glissent avec la peau quand on cherche à les déplacer.

Pas d'engorgement ganglionnaire nulle part, pas d'hypertrophie du foie, ou de la rate.

Le sang paraît normal à l'examen histologique.

Bien qu'il n'y ait pas réellement lieu de songer ici à des accidents

syphilitiques, on soumet, au moment de son entrée, cette femme à la médication iodurée et hydrargyrique.

Après 15 jours d'essai, on n'a pas de résultat. L'ablation au bistouri de la tumeur ulcérée du bras gauche est alors proposée et acceptée par la patiente.

L'opération terminée, on ne peut affronter les lèvres de la plaie en raison de la perte de substance considérable, imposée par l'étendue du mal. La lésion réside uniquement dans la peau et l'hypoderme, l'aponévrose des muscles sous-jacents est intacte. La plaie est pansée à plat et se cicatrise par bourgeonnement sans le moindre incident.

Quelques jours après cette intervention, la malade réclame d'elle-même l'ablation des deux autres tumeurs sus-mentionnées.

Depuis ce moment, nous avons pu, grâce à l'obligeance du Dr Clénét (1), médecin de cette malade, obtenir des renseignements complémentaires sur son histoire clinique.

Au début de la maladie cette femme présentait des nodules bien plus nombreux qu'elle ne nous l'avait dit. Elle en portait une vingtaine environ, variant du volume d'un pois à celui d'une noisette. Sous l'action, ou du moins pendant l'emploi de l'acide arsénieux, quelques-uns de ces petits nodules disparurent, d'autres persistèrent et s'accrurent pour arriver à former les tumeurs dont la malade est venue se faire opérer à l'hôpital.

Rentrée chez elle, cette femme n'offrit aucune récurrence pendant 2 à 3 mois environ; puis elle revint voir son médecin pour de nouveaux accidents.

Elle portait alors sur la jambe un ulcère à bords fongoides mesurant dans sa plus grande dimension 4 travers de doigt, ayant un bon centimètre de profondeur et recouvert d'une fausse membrane grisâtre de mauvais aspect. Cette femme refuse cette fois de revenir à Nantes pour y subir une nouvelle opération. Notre confrère, en désespoir de cause, songea alors à employer la pâte au chlorure de zinc.

Le remède fut appliqué tous les 8 jours pendant un mois et demi, et aujourd'hui, la cicatrisation est presque complète. Cette ulcération résultait d'un gros tubercule sous-cutané développé au voisinage de la cicatrice marquant la place de la grosse tumeur enlevée précédemment dans cette région.

De même on observe sur un des bras une petite tumeur rouge, un peu douloureuse, née tout à côté de la cicatrice d'une des masses néoplasiques opérées.

Malgré ces récurrences, l'état de la malade est excellent; sa santé générale se maintient; il n'y a pas la moindre apparence de cachexie et aucun viscère ne semble atteint.

**EXAMEN MACROSCOPIQUE DES TUMEURS.** — A la coupe le néoplasme se présente avec l'aspect suivant :

La couleur est blanc jaunâtre, le tissu dense, ne laisse à l'état frais suinter aucun liquide. Il paraît homogène à peu près partout, sauf sur quelques points où l'on voit nettement des travées fibreuses tranchant par leur aspect nacré sur le reste du tissu.

(1) Nous exprimons ici, à ce bienveillant confrère, tous nos remerciements.

Sur la tumeur enlevée à la face postéro-interne du bras droit on constate, à l'état frais, un piqueté rougeâtre peu abondant, mais bien net. Il n'y a pas de membrane d'enkystement visible. Les travées fibreuses précitées se continuent à la partie profonde avec celles du tissu adipeux sous-cutané.

**EXAMEN HISTOLOGIQUE.** — Nous avons fait porter cet examen sur des points où la maladie est très avancée, sur des points moyennement malades et enfin à la partie périphérique de la lésion, sur des points qui en sont peut-être le début.



Portrait de la malade. La tumeur située sur le bras gauche est la plus volumineuse de toutes, elle est ulcérée et d'une coloration foncée presque noirâtre. La tumeur située sur le bras droit est rouge vineux et d'un volume bien moindre; elle n'est pas ulcérée.

*Points où la maladie est arrivée à son développement complet.* — Dans ces points le tissu pathologique est homogène et ressemble complètement à première vue à celui du sarcome globo-cellulaire, c'est-à-dire qu'il se compose à peu près exclusivement, de petites cellules rondes, tassées les

unes contre les autres, au milieu desquelles se voient quelques traînées hémorrhagiques.

Au premier coup d'œil, on ne distingue pas de trame et il semble que le tissu soit uniquement composé de cellules. Un examen plus minutieux montre en dehors des capillaires, une trame réticulée, que nous aurons à décrire en détail.

*Cellules* (fig. 1). — Les cellules néoplasiques sont presque toutes arrondies ou polyédriques par pression et de petit volume ( $6 \text{ à } 9 \mu$  en moyenne) ; mais on rencontre çà et là des cellules fusiformes appartenant pour la plupart à l'endothélium vasculaire. Quelques cellules arrondies atteignent un volume bien plus considérable que les autres. Sont-elles de nature différente, ou simplement gonflées par suite d'une dégénérescence de leur protoplasme, c'est ce que nous ne saurions décider.

En examinant les cellules isolées à un grossissement de 300 D., on y distingue un noyau bien colorable par le carmin, formant la plus grande partie de l'élément et contenant un gros nucléole. Sur des coupes colorées au carmin aluné, nous avons vainement cherché des figures de mitose. Au contraire, sur une préparation colorée au bleu de méthylène polychromique de Grüber, nous avons trouvé de nombreuses figures très manifestement mitotiques à tous les degrés d'évolution. Nous avons vérifié le processus avec l'objectif 12 à immersion et l'oculaire 5 de Leitz qui donnent un grossissement de 1.200 D. Dans les points où l'on trouve encore des faisceaux fibreux, les cellules connectives se confondent avec celles du néoplasme, mais en examinant tout à fait à la périphérie, on aperçoit encore quelques larges cellules connectives qui semblent seulement un peu irritées. Dans aucun point nous n'avons rencontré de figures évoquant l'idée d'un parasite soit animal, soit végétal. — Nous n'avons vu non plus aucune trace de mastzellen d'Ehrlich.

*Trame* (fig. II, fig. III). — La trame se présente soit sous forme de petites travées colorées en rose par le carmin, travées conjonctives qui font défaut dans les points les plus malades, soit sous forme d'une ébauche de réticulum. Ce réticulum nous avait d'abord paru identique à celui du lymphadénome, surtout à la partie très superficielle de la tumeur et notamment dans les papilles ; mais un examen plus minutieux nous a fait reconnaître qu'il s'agissait d'un réticulum formé de fibrine filamenteuse et que la trame était bien moins caractéristique que nous ne l'avions cru tout d'abord. Cependant on peut voir quelques cellules étoilées semblant appartenir au réticulum, et les vaisseaux sont intermédiaires à ceux du sarcome pur et à ceux du lymphadénome. Or c'est la présence du réticulum qui permet d'établir la distinction entre le tissu du lymphadénome et celui du sarcome globo-cellulaire vulgaire. Cependant il ne faudrait pas croire que, comme l'affirment quelques auteurs, le sarcome globo-cellulaire soit absolument privé de trame. On rencontre toujours de fines trabécules connectives ; mais lorsqu'il s'agit du sarcome encéphaloïde, cette trame n'affecte aucune disposition régulière. Lorsqu'il y a une ébauche de réticulum on se trouve en présence du lymphosarcome, et enfin lorsque le réticulum est parfait (comme dans quelques cas de mycosis fongoïde) on se trouve en présence du lymphadénome. Dans la tumeur que nous étudions,

le réticulum ainsi que les vaisseaux qui le supportent, nous paraissent au premier abord suffisamment développés pour autoriser le diagnostic de lymphadénome. Et du reste, l'évolution clinique semblait confirmer ce diagnostic ; mais la constatation d'un réticulum fibrineux, fait sur lequel nous appelons l'attention, parce que la confusion est facile entre les filaments fibrineux et les mailles d'un fin réticulum, nous a fait modifier notre manière de voir.

Outre les faisceaux connectifs et l'ébauche du réticulum que l'on observe très nettement dans beaucoup de points, nous devons signaler la présence de fibres élastiques en assez grand nombre. Ces fibres élastiques se ren-

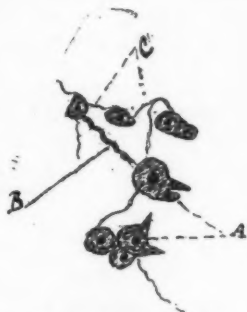


FIG. I. — Cellules néoplasiques isolées.

A. Ces cellules ont été prises sur le bord d'une préparation colorée à l'orcéine et au bleu de méthylène. Elles sont vues à un très fort grossissement et montrent quelques détails de structure du protoplasma. — C. Sont des filaments de réticulum. — B. Un faisceau du tissu conjonctif. (Obj. 70, oc. 5 Leitz.)

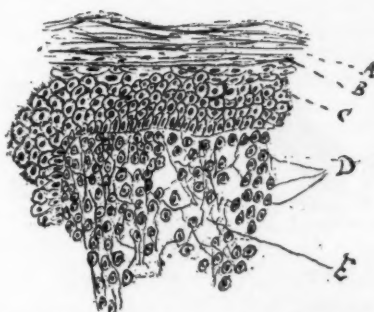


FIG. II. — Cette figure représente l'envahissement d'une papille de la peau par le néoplasme. Fort grossissement. Coloration au picro-carmin de Ranvier. (Obj. 7 oc. 1 Verick.)

A. Couche cornée de l'épiderme. — B. Zone granuleuse. — C. Couche de Malpighi. — D. Cellules néoplasiques. — E. Réticulum fibreux.

contrent jusque dans les points très malades. Elles subissent néanmoins une résorption progressive, car plus le point examiné est malade, moins le réseau des fibres élastiques est riche, et on observe même des espaces occupant tout le champ du microscope qui en sont totalement dépourvus. (Oc. I, obj. 7, Leitz, 330 D.) Sous l'épiderme le réseau élastique semble arriver au contact des cellules épithéliales ; dès que l'on s'éloigne des points malades, on voit ce réseau devenir de plus en plus riche et de mieux en mieux formé.

*État des vaisseaux.* — Même dans les parties les plus malades, les capillaires sont assez bien conservés et leur paroi est un peu plus épaisse que dans le sarcome ; peut-être qu'ils ne sont jamais réduits à un simple rang de cellules endothéliales. Cependant il y a lieu de croire que leurs parois

sont très friables; car on rencontre beaucoup d'hémorragies interstitielles. En dehors de la trame que nous avons signalée, on peut distinguer jusque dans les parties déjà très malades, des faisceaux allongés, qui ne sont autre chose que du tissu musculaire lisse. Ces faisceaux résistent longtemps à la destruction, mais cependant sont peu à peu dissociés et détruits par une infiltration de petites cellules. Dans les parties les plus malades, on ne trouve plus trace de glandes sébacées, ni de glandes sudoripares. Le tissu adipeux résiste assez longtemps à l'envahissement, mais ses cellules sont isolées les unes des autres et séparées par des bandes plus ou moins larges de tissu pathologique.

Si l'on examine la périphérie des parties malades, on peut reconnaître

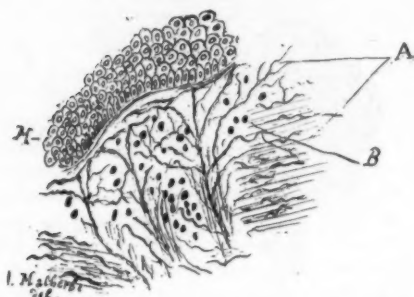


FIG. III. — Coupe traitée par l'orceïne de Grüber, méthode de Taënzner modifiée, pour déceler la présence du tissu élastique.

A. Il vient sous forme de fibrilles extrêmement ténues se terminer jusqu'au niveau de la couche de Malpighi M. Les cellules B ont été colorées par le bleu de méthylène. (Obj. 6, oc. 1 Verick.)



FIG. IV. — Quelques cellules de la couche de Malpighi dans un point irrité et vues à un fort grossissement. (Obj. 8, oc. 1 Verick.)

les parties constituant de la peau et constater les modifications qu'elles subissent.

Le premier phénomène qui frappe l'œil de l'observateur est une congestion intense; les vaisseaux paraissent remplis, parfois même gorgés de globules rouges; la paroi vasculaire est fortement épaissie et entourée d'un manchon plus ou moins épais de cellules pathologiques. Les points occupés par les vaisseaux semblent donc des flots de tissu pathologique au milieu des parties normales ou presque normales qui les entourent.

Quelques vaisseaux ayant l'aspect de larges capillaires dilatés et sinueux offrent des points remplis de globules sanguins et d'autres remplis d'une matière colloïde rappelant les cylindres hyalins de la néphrite interstitielle.

On constate également des traces d'irritation caractérisée par la présence d'amas de petites cellules rondes autour des glandes sébacées et des glandes sudoripares.

Il est permis de supposer que la gaine externe des vaisseaux a joué un



rôle, sinon comme lieu d'origine, du moins comme moyen de propagation du néoplasme.

*Revêtement épidermique* (fig. IV). — A peu près normal à la périphérie des tumeurs et présentant là seulement quelques cellules vésiculeuses, il s'amincit et semble prêt à se rompre au niveau des points les plus malades. On y distingue à la superficie de grandes cellules lamelleuses en voie de desquamation et en dessous quelques cellules aplaties par la pression qu'elles supportent, mais ayant les caractères des cellules du corps muqueux de Malpighi. Dans les points un peu moins malades on constate nettement la présence de 2 ou 3 noyaux au sein d'une cellule vésiculeuse, soit qu'il y ait eu là une division du noyau de la cellule, soit que les leucocytes y aient pénétré. Dans tous les points qui ne sont pas trop malades, on distingue nettement les piquants de cellules de Malpighi.

*Vaisseaux*. — A la périphérie, et même dans les points assez altérés du tissu, on reconnaît nettement des artères, et le processus de destruction des vaisseaux préexistants n'est pas aussi net ici que dans le sarcome vulgaire où les vaisseaux ne sont plus représentés que par des fentes limitées par un endothélium. Ici la paroi vasculaire, bien que très friable, nous semble plus épaisse que dans le sarcome globo-cellulaire typique. C'est surtout au niveau des papilles que l'on peut observer convenablement les capillaires qui ressemblent assez aux capillaires normaux.

En quelques points favorables observés au niveau des papilles, il nous semble bien que les faisceaux du réticulum viennent aboutir aux capillaires, mais cela est bien moins net que dans d'autres lymphadénomes; tels que le mycosis fongoïde par exemple.

En raison de la fragilité déjà signalée de leur paroi, les capillaires se brisent facilement et c'est pourquoi le tissu est infiltré de petites hémorragies. Dans les parties les moins malades de nos coupes, nous avons cherché à reconnaître des espaces lymphatiques dans le tissu conjonctif. Une ou deux fentes tapissées d'endothélium, nous ont paru des coupes de vaisseaux lymphatiques; elles ne semblaient présenter aucune altération. Cette observation montrerait que si les cellules lymphatiques peuvent jouer un certain rôle dans la production de nos tumeurs, les vaisseaux lymphatiques ne semblent y prendre aucune part. Cependant lorsque l'on examine des parties où beaucoup de faisceaux connectifs sont encore respectés, on constate que ces faisceaux sont étroitement enserrés par les cellules du néoplasme; de sorte que, dans une préparation au carmin aluné et montée dans la glycérine, on voit les coupes des faisceaux connectifs se dessiner comme des filots blancs entourés de toutes parts par les cellules fortement teintées en couleur lilas. Les espaces virtuels qui existent entre les faisceaux du tissu conjonctif, semblent donc servir de route au néoplasme.

*Nerfs*. — Les nerfs que nous avons pu distinguer se trouvent surtout à la périphérie des parties malades. Ils ne nous ont paru présenter d'autres lésions qu'un certain épaississement du tissu conjonctif intrafasciculaire, c'est-à-dire de la gaine conjonctive propre à chaque tube nerveux. Il y a donc là un simple phénomène de sclérose. Nous avons constaté des altérations analogues de filets déjà complètement entourés de cellules patho-

logiques; mais nous n'avons pu suivre complètement le processus de leur destruction. Nous supposons que l'étranglement des tubes nerveux est complet et que ce qui reste de la gaine est bientôt transformé en tissu pathologique.

*Glandes* (fig. V, VI, VII et VIII). — Lorsqu'on cherche dans les parties du néoplasme les plus développées, des restes de glandes sébacées ou

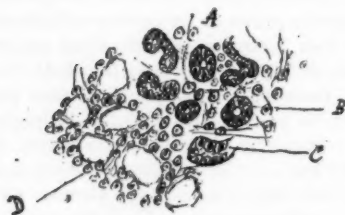


FIG. V. — Altérations des glandes sudoripares.

A. Le peloton glomérulaire est divisé, le tissu adipeux interglomérulaire est raréfié. L'épithélium de revêtement B des tubes est trouble, tuméfié, leur lumière C est diminuée. En D on observe une zone adipeuse où l'on voit les cloisons qui séparent les cellules adipeuses infiltrées de cellules néoplasiques. (Obj. 6, oc. 1 Verick.)

sudoripares, on n'en trouve pas le moindre vestige. Dans les parties moins malades, on les reconnaît au contraire nettement et on peut se rendre compte jusqu'à un certain point, du processus de leur disparition. On constate en effet une prolifération de petites cellules rondes dans le tissu conjonctif et adipeux qui entoure la circonvolution du glomérule sudoripare, dans la gaine externe des poils et tout autour des glandes sébacées.

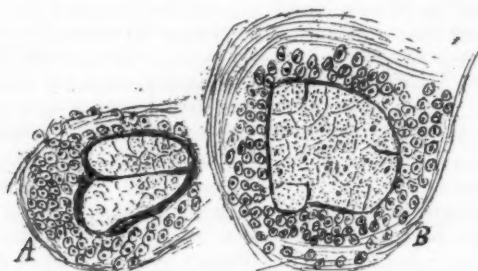


FIG. VI. — Lésions des glandes sébacées.

A. On voit un reste du cul-de-sac très altéré, les cellules adipeuses sont à peine visibles, et tout autour de lui existe une infiltration de cellules sarcomateuses. — B. Ce cul-de-sac est moins malade, et on peut mieux reconnaître la structure des glandes sébacées. (Obj. 7, oc. 1 Verick.)

Ces altérations, peu importantes lorsqu'on les examine dans les points légèrement malades, s'accroissent peu à peu; on voit les cellules des tubes sudoripares se gonfler, présenter un état granuleux, d'où oblitération progressive de la lumière du canal, probablement suppression de la sécrétion. A un degré un peu plus avancé, on constate que la paroi des conduits n'est plus intacte; on ne peut plus reconnaître les cellules glandulaires



que par leur forme qui permet quelque temps encore de les distinguer des cellules néoplasiques au milieu desquelles elles sont enfouies. Enfin tout vestige de glandes disparaît.

Pour les glandes sébacées, on constate que les cellules de la périphérie deviennent de moins en moins chargées de graisse et de plus en plus

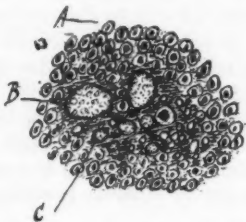


FIG. VII. — Cette figure représente l'altération ultime des glandes sébacées.

B. C. Sont des amas graisseux qui à un fort grossissement se distinguent par leur aspect brillant et réfringent. — A. Représente le tissu pathologique qui peu à peu s'est substitué aux éléments normaux de la peau, et enferme de toutes parts des amas graisseux. (Obj. 8, oc. 1 Verick.)



FIG. VIII. — Représente une lésion analogue à la fig. VII (Obj. 6, oc. 1 Verick.)

aptes à se colorer par le carmin ; tandis que les cellules du centre montrent encore leur réticulum et leur graisse. Petit à petit la glande sébacée est étouffée ou transformée en un boyau dont les cellules pressées les unes contre les autres sont encore reconnaissables ; enfin toute apparence de culs-de-sac glandulaires disparaît. Mais nous avons pu reconnaître un peu

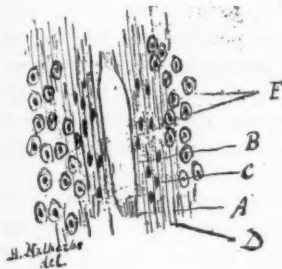


FIG. IX. — Poil follet où l'on voit le processus d'envahissement et de destruction du follicule pileux par la tumeur.

A. Poil. — B. Gaine externe du poil. — C. Cellules du follicule gonflé. — E. Cellules néoplasiques envahissant et dissociant le follicule pileux. D. (Obj. 8, oc. 1 Verick.)

au-dessous d'un poil fortement altéré, un amas de cellules assez grosses et contenant des gouttelettes graisseuses. Ces cellules sont séparées les unes des autres par de petites cellules néoplasiques infiltrées au milieu

d'elles. Cet amas granuleux et grasseyé est probablement la dernière forme que prend la glande sébacée avant sa complète disparition.

*Poils* (fig. IX). — Les altérations des poils sont peut-être plus faciles à suivre et cependant le dernier terme de ces altérations est encore assez obscur ; de même que les glandes, le follicule pileux s'entoure de petites cellules néoplasiques ; sa gaine elle-même résiste longtemps ; mais elle finit par être dissociée. Sur plusieurs poils en voie de destruction, nous avons vu les cellules les plus externes de la gaine, présenter un aspect élégant de cellules à protoplasma clair (comme les cellules des glandes muqueuses du col de l'utérus par exemple), le noyau étant dirigé vers le côté du poil, et la partie claire vers la périphérie. Un peu plus tard ces cellules se laissent dissocier et la gaine du poil disparaît devant l'infiltration néoplasique. Le poil lui-même résiste longtemps et se reconnaît comme une sorte de corps étranger au milieu de la masse morbide.

Arrivé au terme de cette longue étude, quelles conclusions devons nous en tirer ; soit relativement au diagnostic et au pronostic de cette tumeur ; soit relativement à son point d'origine ?

La structure, que nous avons trouvée identique dans toutes nos coupes, fait de ce néoplasme un type intermédiaire entre le lymphosarcome globo-cellulaire et le lymphadénome vrai. Tandis que l'absence d'un réticulum parfaitement développé nous oblige à repousser le diagnostic de lymphadénome, la structure des vaisseaux de la tumeur (nous attachons dans l'espèce une grande importance à cette structure) nous éloigne du diagnostic sarcome. En effet, dans les sarcomes globo-cellulaires typiques, tels que ceux que l'on observe si fréquemment dans les muscles, les vaisseaux sanguins n'existent pour ainsi dire pas. Ce sont de simples canaux creusés au milieu du tissu néoplasique et le sang qui y circule n'est séparé des cellules sarcomateuses que par un simple endothélium. On peut, il est vrai, trouver quelques vaisseaux plus développés à la périphérie des sarcomes globo-cellulaires typiques, mais jamais dans les points où la maladie est très avancée. Nous donnons donc à notre tumeur le nom de *lymphosarcome*, unissant ainsi les deux genres de tumeurs dont elle se rapproche le plus. Elle peut être en une certaine mesure comparable à ces tumeurs à cellules rondes connues sous le nom de gliomes qui ont pour siège habituel la rétine ou le cerveau.

Le pronostic est à peu près certainement grave, comme pour les sarcomes des muscles et des gaines tendineuses que nous avons toujours vus mortels. La généralisation finit toujours par se faire et l'envahissement viscéral entraîne la mort.

Quant au point d'origine du néoplasme, nous sommes réduit à l'indiquer hypothétiquement. Rien, en effet, n'est aussi difficile que de connaître le point d'origine vrai d'un néoplasme. Nous inclinons à

croire que notre tumeur s'est développée aux dépens des cellules du tissu conjonctif et plus probablement aux dépens des cellules qui occupent les espaces virtuels de ce tissu. Mais, nous le répétons, ce n'est là qu'une hypothèse.

Maintenant que nous avons établi histologiquement le diagnostic de notre tumeur, voyons à quel type clinique elle correspond.

En 1870, Kaposi décrit pour la première fois, sous le nom de sarcomatose cutanée, une affection rare et curieuse de la peau. Cette affection se caractérise par des nodosités ou des taches lie de vin, apparaissant sur les extrémités des membres ; plus rarement sur le tronc et la face. Après une durée variable, ces lésions peuvent augmenter de volume, s'ulcérer, ou disparaître spontanément sans laisser de traces. Elles ne semblent point altérer la santé générale des personnes qui les portent, elles se manifestent vers l'âge de 40 à 60 ans dans la majorité des cas et sur des sujets de robuste constitution. Jamais ces malades n'offrent d'engorgement ganglionnaire quelconque, ni d'augmentation des globules blancs du sang.

Ce rapide tableau symptomatique rappelle bien les allures cliniques présentées par les tumeurs de notre malade ; l'âge, la constitution, le mode de début, la marche, tout est bien d'accord avec la description de Kaposi.

Depuis, d'autres observateurs tels que Vidal, Hardaway, Tanturi, Kobner, Perrin, ont complété l'étude ébauchée par Kaposi. Ils ont montré que le mode de début peut être variable. Parfois on ne constate qu'une seule et unique tumeur comme premier indice de la maladie, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'éruption caractéristique se fait sur la peau des membres.

D'autres fois, les productions morbides plus ou moins nombreuses apparaissent surtout sur le tronc, la face, ou la partie supérieure des membres sans localisation systématique. Enfin Perrin a remarqué que les tumeurs peuvent occuper dans la peau un siège différent. Dans quelques cas, en effet, elles sont hypodermiques, dans d'autres, au contraire, elles infiltrant le derme, elles sont intradermiques. De plus, le mycosis fongoïde et la sarcomatose cutanée offrant des traits communs dans leur marche : rétrocession des tumeurs, généralisation, et dans leur structure histologique : présence d'un réticulum, Perrin a voulu identifier ces deux maladies. Cette opinion ne nous paraît pas devoir être acceptée sans réserve.

Évidemment ces deux affections ont des caractères cliniques communs, mais l'identité de leur structure histologique est plus apparente que réelle. L'on a pu voir, en effet, au cours de notre description microscopique, qu'un examen sérieux permettait d'établir entre elles des différences notables.

Quant à la véritable cause de cette singulière maladie, elle nous est encore inconnue. On tend aujourd'hui à la considérer comme une entité morbide spéciale de nature infectieuse et microbienne ; toutefois, ce n'est là qu'une hypothèse et la bactériologie n'a pu encore fournir la preuve de cette origine microbienne.

Certaines races semblent offrir une réceptivité toute particulière pour cette maladie. L'Allemagne et l'Italie en offrent de nombreux cas. Elle se voit souvent en Afrique chez les Kabyles. Dans nos contrées de l'Ouest de la France au contraire, nous la croyons très rare.

La clinique comme l'histologie nous autorise donc à considérer notre malade comme atteinte de sarcomatose primitive de la peau.

## ULCÈRES PHAGÉDÉNIQUES DES PAYS CHAUDS COMPLIQUÉS DE GANGRÈNE HUMIDE ET DE POURRITURE D'HOPITAL

Par M. J. Brault,  
Médecin-Major de l'armée,  
Professeur-suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Il est un ulcère cosmopolite que l'on rencontre un peu partout, mais plus particulièrement sous les tropiques, et qui a été successivement décoré du nom de toutes nos expéditions coloniales.

Dans la marche sur Tananarive, il a véritablement décimé les convoyeurs arabes et kabyles, épargnant les troupes régulières d'ailleurs mieux équipées (1), épargnant également les Somalis et surtout les auxiliaires soudanais.

Les Arabes et les Kabyles sont des *phagédéniques* au premier chef et dans toute l'acception du mot, c'est ce qui ressort nettement pour nous de ce que nous voyons journellement en Algérie (2), c'est ce qui ressort également de ce que l'on a observé autrefois, pour l'armée de l'Hedjaz (Rochard) et pour les déportés arabes de la Guyane (Le Dantec).

C'est donc là, pour ces sujets, une véritable cause d'infériorité lorsqu'il s'agit d'une expédition sous les tropiques, et après l'expérience faite à Madagascar, il y aura peut-être lieu de s'en souvenir une autre fois pour le recrutement préalable de nos porteurs.

« L'ulcère des pays chauds » est bien connu, j'allais dire banal, depuis les descriptions désormais classiques des médecins de la marine et de l'armée: Didiot, Rochard, Cras, Leroy de Méricourt, G. Treille et tant d'autres. Jusqu'à présent, on y a trouvé un peu de tout et malgré leurs patientes recherches, les bactériologistes de carrière n'y ont pu déceler d'une façon certaine, par les cultures et les inoculations, le véritable micro-organisme spécifique. La symbiose d'un bacille et d'un microcoque (Petit (3), Le Dantec, Boinet) paraît seulement ce qu'il y a de plus plausible en l'espèce.

Mais aussi bien n'est-ce pas de la plaie des pays chauds que nous

(1) Les rapatriés du génie, du 200<sup>e</sup> de ligne, du 40<sup>e</sup> bataillon de chasseurs à pied, que nous avons soignés en grand nombre, n'ont jamais présenté l'affection.

(2) Bubons, chancres phagédéniques, ne sont pas rares; dernièrement, nous avons dû refaire une verge à un spahis amputé du pénis par cette redoutable complication.

(3) BARTHÉLEMY. Séance du 9 janvier 1896. — Discussion à propos de la présentation de MM. Gaucher et Touvenaint. — MOTY. Avril 1896. *Société de dermatologie*.

voulons parler ici, mais de l'ulcère compliqué de gangrène et de pourriture d'hôpital, tel que nous l'avons rencontré chez les plus atteints parmi les rapatriés de Madagascar.

Nos observations personnelles ont porté sur plus de 300 sujets : 150 de la « Ville-de-Metz », 80 de la « Ville-du-Havre » et une centaine des derniers convois.

Dans les trois quarts des cas, les ulcères étaient compliqués de sphacèle ou recouverts du manteau pulpeux de la pourriture d'hôpital.

D'une malpropreté repoussante, recouverts de vermine, minés par la fièvre, épuisés par une traversée très pénible, les rapatriés de la « Ville-de-Metz » présentaient notamment, des lésions multiples et de la plus haute gravité. Lorsque le transport opéra son débarquement au lazaret de Matifou, au mois d'octobre 1895, il y avait 238 convoyeurs à bord, 150 les plus atteints me tombèrent en partage. Presque tous, pris par les membres inférieurs, se traînaient sur les mains à la façon des culs-de-jatte; enlevant à chaque instant leurs pansements au cours de la traversée, ils avaient souillé et contaminé leurs plaies avec tout ce que leur suggérait leur thérapeutique naïve (1).

Je viens d'indiquer que les membres inférieurs étaient surtout atteints, mais les pieds et les jambes n'étaient pas le siège exclusif des ulcères, nous en avons constaté un grand nombre à la main ou à l'avant-bras, quelques-uns se tenaient même sur les bourses et nous avons vu de ce fait de véritables « fongus » d'un nouveau genre.

Certains blessés présentaient jusqu'à quatre et cinq plaies; nous en avons souvent compté deux et trois sur le même individu.

Je n'ai pas besoin de dire que l'origine remontait aux causes les plus banales (contusions diverses, piqûres de parasites, etc.). Pour les ulcères des bourses, il s'agissait très probablement de plaques muqueuses envahies par contagion.

Dans notre misérable contingent, à côté de quelques ulcères à forme aiguë ayant conservé leurs caractères classiques de plaie régulière à surface uniformément recouverte d'une végétation luxuriante de bourgeons fongueux, pâles et molasses, nous avons surtout rencontré l'affection, comment dirais-je ? « déformée » par la pourriture d'hôpital et le sphacèle. Cette phase ultime des deux processus : ulcère phagédénique et diphtérie, prenait chez beaucoup un caractère effrayant; ici, au fond de vastes excavations, la presque totalité des

(1) Beaucoup étaient faméliques, malgré la surveillance, le « Struggle for life » s'était établi dans les entrepôts, les forts mangeaient la portion des faibles. Dans ce ramassis étrange, les moribonds se volaient encore entre eux, presque tous « fumaient » jusqu'à la fin.

muscles ramollis et gangrenés ne constituait plus qu'une informe bouillie grisâtre ; là, les bribes aponévrotiques verdies et les tendons effilochés pendaient lamentablement. Chez d'autres, c'était pis encore, l'envahissement avait été plus profond et plus rapide, les articles étaient ouverts, le squelette était nécrosé (1).

J'ai encore devant les yeux quatre ou cinq de ces malheureux, disséqués depuis les phalanges jusqu'au genou, qui montraient de véritables préparations anatomiques où l'on aurait pu compter et étudier tous les os. Sur le squelette comme « calciné », c'est à peine si vers le haut du mollet pendaient quelques bribes putrilagineuses. Malgré cette mort complète, les malades ne pouvaient croire à la perte de leurs membres et refusaient encore de s'en débarrasser.

Dans les cas moins graves, à côté de vastes pertes de substance, les fusées étaient multiples et allaient parfois du talon au creux poplité ; il n'était pas rare, au milieu de ces décollements, au milieu de ces destructions des parties molles, de rencontrer des nécroses partielles plus ou moins étendues.

Enfin, je dois dire que les fausses membranes de la gangrène nosocomiale recouvraient la majorité des plaies ou des portions de plaies qui n'étaient pas le siège de sphacèle total, ou même de putréfaction des tissus. La forme pulpeuse était la règle, rarement nous avons observé la variété ulcéreuse ; dans nos évidements, nous avons parfois retrouvé la pulpe jusque dans le canal médullaire du tibia.

Peu de suppuration, mais bien plutôt un « ichor fétide » s'écoulait de tout cela et traversait rapidement les pansements les plus épais.

En outre, beaucoup saignaient ferme ; nous avons bien perdu un certain nombre d'hommes d'infection, de cachexie lente avec diarrhée profuse, incoercible ; deux ou trois fois, nous avons constaté des accidents tétaniformes, mais dans la plupart des cas les décès sont survenus brusquement, par *hémorrhagie* spontanée. Ce n'étaient pas seulement les capillaires qui donnaient, parfois les veines ou même les artères tibiales et péronières se mettaient de la partie et il était impossible de placer ou de faire tenir des ligatures au centre du magma putrilagineux.

Il faut le reconnaître, au milieu de cette tourbe d'hommes ne parlant pas notre langue, il était souvent difficile de faire des diagnostics précis et de démêler dans les quelques symptômes généraux que nous observions, ce qui revenait aux complications des ulcères, ou à des affections intercurrentes, le paludisme en particulier.

La réunion de tous ces malades donnait lieu à des émanations

(1) Les mouches qui pullulaient autour de ces malheureux avaient infesté les plaies à leur tour et de nombreux vers grouillaient au milieu du putrilage.



insupportables (1). L'odeur était douceâtre, fade, nauséuse ; elle « portait au cœur », comme disaient nos infirmiers ; en un mot comme « dominante » il n'y avait pas à s'y tromper, c'était l'odeur du *pus bleu*.

Cette description s'applique surtout aux rapatriés de la « Ville-de-Metz », mais sur les blessés très atteints des autres navires que j'ai eus à traiter, le sphacèle n'était pas rare et la pourriture d'hôpital était la règle.

Quant à la contagion, on nous a cité quelques cas qui se seraient produits sur le personnel naviguant des transports, mais nous n'en avons constaté aucun exemple sur nous-même ou sur nos infirmiers.

Isolés et constamment absorbés par la surveillance (2) et la thérapeutique active qu'il fallait instituer dans ces circonstances exceptionnelles, nous n'avons pu nous livrer à aucune recherche anatomo-pathologique, mais nous croyons être utile en rapportant brièvement la façon dont nous avons soigné nos blessés.

Les traitements les plus divers ont été tour à tour conseillés par les auteurs pour les ulcères phagédéniques des pays chauds, simples ou compliqués. Tous les topiques, depuis le camphre jusqu'au sublimé, ont été successivement préconisés et le fer rouge a souvent été mis à contribution. Après ce que nous avons vu, nous avons le droit de dire, que le thermocautère, en pareil cas, doit céder la place à « la curette ». Ce qu'il faut avant tout c'est déblayer la plaie, c'est mettre en surface la profondeur des différents clapiers. Si vous éludez ce temps préliminaire, vous n'obtiendrez qu'un succès bien minime, même avec les meilleurs pansements.

Voici comment j'ai procédé communément dans mes postes de secours établis en plein air (3), à proximité des baraques ou des salles dont je voulais, autant que possible, éviter l'infection. Chaque homme dépouillé de ses vêtements sordides (4), après avoir subi une désinfection générale, m'était apporté sur la table de pansement. Après nettoyage des bords de l'ulcère, après un bon lavage au sublimé ; la curette était promenée dans *toute l'étendue de la plaie*, enlevant à *fond* toute la couche des bourgeons morbides, lorsqu'il s'agissait d'un ulcère simple. Dans les plaies compliquées, beaucoup plus nombreuses, après raclage de la pulpe, les bribes sphacélées

(1) Malgré mon habitude des amphithéâtres, je dus priser de l'iodoforme dans les premiers jours pour surmonter mon dégoût.

(2) Lors du premier débarquement l'installation fut très pénible ; en outre, il fallait une surveillance de tous les instants pour faire garder le lit à toute cette masse indisciplinée.

(3) Nous avons été favorisés par un hiver algérien exceptionnel.

(4) Ces derniers ont été brûlés. Les objets ayant quelque valeur étaient portés aux étuves.



étaient rigoureusement ébarbées aux ciseaux, enfin les diverses fusées étaient soigneusement recherchées et fendues dans toute leur longueur.

Il nous est arrivé ainsi, en cheminant petit à petit, de faire des estafilades allant du voisinage des malléoles jusqu'au creux poplité. La curette insinuée partout enlevait ensuite la boue putrilagineuse et nous complétions cette toilette difficile, à l'aide de cautérisations au chlorure de zinc au quart et à la solution phéniquée forte. L'hémostasie a toujours été rigoureusement faite et nous n'avons jamais eu d'hémorragie grave du fait du traitement.

Comme topiques nous nous sommes servis du sublimé, du salol et de l'iodoforme; nous ne donnons la préférence à aucun. Le suintement des plaies était considérable et nos pansements bien que très épais ne tardaient pas à être traversés.

Lors du débarquement de la « Ville-de-Metz », pendant trois jours matin et soir, secondé par d'excellents infirmiers, je fis des pansements; quand j'eus fini, près de la moitié était à refaire.

Bien entendu, si énergique que fut le traitement que je viens d'indiquer à grands traits, il ne pouvait avoir la prétention d'éteindre le phagédénisme et ses complications en une seule séance. Dans bien des cas, nous avons dû revenir à la charge deux et trois fois, avant de transformer nos ulcères pulpeux en plaies simples; malgré la brutalité de notre thérapeutique, elle était vite acceptée par nos patients, parce que leurs ulcères cessaient presque immédiatement d'être douloureux et qu'ils retrouvaient vite le sommeil et la tranquillité (1). On a écrit un peu partout que la plaie phagédénique des pays chauds est indolente; en tout cas, les ulcères compliqués sont le siège de violentes douleurs, les gémissements, les cris arrachés par la souffrance, redoublaient pendant les nuits qui suivaient le débarquement, alors que nous n'avions pu encore intervenir chez tous ces malheureux rapatriés.

Dans les cas très graves, le traitement sus-énoncé ne pouvait suffire; nous avons dû faire une dizaine de larges évidements osseux, les séquestres « gothiques » du tibia de vingt à trente centimètres n'étaient pas rares; dans un cas même, la presque totalité de l'os est venue sous nos tractions. Nous ne comptons pas le nombre considérable d'amputations et de désarticulations de phalanges, de métatarsiens, d'os du tarse, du carpe et du métacarpe; enlevés très facilement, parfois tout bonnement à la curette, ou même, plus simplement encore, à la pince à pansements; nous ne retiendrons, pour en dire un mot, que onze amputations réglées.

(1) Le traitement médical n'était naturellement pas négligé, quinine: quinquina, arsenic, antidiarrhéiques, divers.

Elles se décomposent ainsi : amputation d'avant-bras = 1, amputation de la cuisse = 1, amputation de jambe au lieu d'élection par divers procédés (lambeau externe, circulaire pure, circulaire à fente) = 5, Syme = 2, sous-astragaliennne = 1 ; enfin un désarticulé du pied opéré sur le *Colombia* qui présentait de la gangrène de son lambeau a été réamputé par nous au-dessus des malléoles suivant le procédé à grand lambeau postérieur.

Sur mes onze interventions je compte deux décès, l'opéré de sous-astragaliennne et un amputé de jambe (lambeau externe). Ces deux sujets morts quelques jours après l'opération, allaient bien localement, mais leur état général était si déplorable, au moment où nous sommes intervenus sur leurs instances, qu'ils n'ont pas tardé à succomber à la cachexie.

Dans les autres cas, malgré l'improvisation de nos ressources, les suites ont été assez simples.

Nous avons pratiqué les amputations autant que possible au-dessus des fusées ; chez nos moribonds, il ne pouvait être question d'attendre la limitation d'une gangrène d'ailleurs sournoisement envahissante ; malgré ces conditions défectueuses, nous avons eu la bonne fortune de n'observer que quelques suppurations, d'ailleurs très légères, et dans la majorité des cas la réunion « per primam » s'est faite entre nos drains, sauvegarde nécessaire en pareil cas.

Dans toutes ces opérations, afin de ménager le sang de nos sujets, je le répète, presque mourants, nous nous sommes astreints à une technique unique au point de vue de l'hémostase, après résection des nerfs, les artères ont été à leur tour recherchées anatomiquement et liées, le tube d'Esmarch restant en place jusqu'à la fin du pansement ; de la sorte, nous n'avons jamais eu qu'un suintement sans importance.

Les résultats éloignés ont été excellents ; sauf un Syme où il y a eu un peu de sphacèle de la pointe de l'étrier, tous les moignons dont j'ai pris la photographie sont irréprochables.

A côté de cela, inutile de dire que les sphacelés de cette catégorie qui ne furent pas opérés, succombèrent presque tous rapidement. Parmi ceux qui présentaient des gangrènes étendues des parties molles, tendons, muscles, aponévroses, quelques-uns ont fini par guérir contre toutes prévisions, mais avec des résultats fonctionnels qui sont pour donner à réfléchir aux conservateurs à outrance. Après avoir échappé comme par miracle à la mort, (1) les malheureux sont restés impotents et infirmes ; sans parler des cicatrices forcément très étendues et vicieuses ; malgré les pansements, malgré les greffes (2) ; que de raideurs, que de déformations articulaires,

(1) Hémorrhagies spontanées.

(2) Faute de temps ces dernières ont d'ailleurs été rarement possibles.

que de rétractions tendineuses ! Certains ont mis plus d' « un an » à guérir et cependant avec leurs pieds bots, avec leurs pieds de « polichinelle » ; ils se trouvent assurément dans des conditions très inférieures à nos amputés porteurs de cicatrices insignifiantes et de moignons utiles.

Ce n'est pas tout, bien que nous ayons pris la précaution de ne renvoyer nos blessés qu'après *cicatrisation complète*, il est à craindre que chez ces gens misérables, peu soucieux des règles les plus indispensables de l'hygiène, les plaies ne se rouvrent en grand nombre pendant la saison d'hiver et ne soient l'occasion de véritables ulcères à répétition. Bien plus, comme certains convoyeurs peu atteints ont pu échapper à la surveillance cependant rigoureuse exercée au débarquement, il existe là un certain danger pour l'avenir, et il ne faut pas être grand prophète pour prédire que « l'ulcère malgache » pourrait bien se cultiver et refleurir quelque jour sous forme épidémique au fond des « gourbis ». En raison des circonstances particulières que nous venons d'indiquer, en raison de l'indiscipline et de l'insouciance des indigènes, quel que mesure que l'on prenne alors, il sera bien difficile d'éteindre le mal d'une façon complète et l'on en reparlera probablement longtemps encore dans la « Grande » comme dans la « Petite » Kabylie.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1897

PRÉSIDENT : M. LE PROF. A. FOURNIER, VICE-PRÉSIDENT

**SOMMAIRE :** Ouvrages offerts. — A propos du procès-verbal : note complémentaire sur l'acné, par M. BARTHÉLEMY. — Deuxième note sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme (érythème pigmenté réticulaire), par MM. BALZER et GRIFFON. — Érythème récidivant asymétrique des extrémités, par H. THIBIERGE. (Discussion : MM. FEULARD et THIBIERGE). — Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire chez un tuberculeux cachectique, par M. THIBIERGE. (Discussion : MM. RENAUT, THIBIERGE, LEBEDDE, FOURNIER et BARTHÉLEMY). — Cylindrome de la région parotidienne, par M. DU CASTEL, et par M. DARIER. (Examen histologique). — Ulcères phlébitiques, par M. GASTOU. (Discussion : MM. DARIER et BARTHÉLEMY). — Éléphantiasis du bras gauche, par M. GASTOU. (Discussion : MM. DARIER et BARTHÉLEMY). — Ecthyma scrofuleux, par M. GASTOU. (Discussion : MM. GALEZOWSKI, HALLOPEAU, VÉRITÉ, BROCC et DARIER). — Présentation de malades, par M. DANLOS. Lichen annulaire ? Lichen circonscrit simple. Psoriasis traité par l'acide cacodylique, par M. DANLOS. — Note sur un nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées, par M. HALLOPEAU. — Sur un érythème ichthyolique péri-eczémateux par MM. HALLOPEAU et WEIL. — Syphilis sénile, exostoses multiples polyarthrites spécifiques. Subluxations tibio-fémorales. Amyotrophies. Cachexie, par M. FOURNIER. — Stomatite intense et tardive. Hématémèses et méléna à la suite d'injections de mercure insoluble. Tuberculose pulmonaire finale, par M. RENAUT. — Suite de l'observation de l'enfant atteinte d'hydrocéphalie et supposée syphilitique : relation de l'autopsie, par M. MARFAN. — Acanthosis nigricans chez un sujet indemne de carcinomatoses, par MM. JACQUET et DELOTTE. — Sur l'aplasie moniliforme des cheveux, par M. JEANSELME. — Étude du sang des psoriasiques au point de vue des éosinophiles, par M. LEREDDE. — Pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation de ganglions inguinaux. 2. Note sur le traitement de la pelade, par M. J. BRAULT. — Microbe du bouton des pays chauds. — Traitement du chancre mou par le gaïacol, par M. DJELELEDDIN MOUKHTAR. — Élections.

### Ouvrages offerts à la Société.

ORO MARIO. — Su di un raro caso di scabbia generale con presenza di acari all'estremita cefalica complicato ad eczema cronico. *Ext. : Gaz. delle cliniche*, 1892, n° 21.

Di alcune modificazioni subite bacillo della lepra in seguito alla cura con l'olio di Chaulmoogra. *Ext. : Gaz. delle cliniche*, 1892, n° 13.

— Sur le dermatite esfoliatrice generalizzate (XIV<sup>e</sup> congresso dell'associazione medica italiana, août 1891). *Giornale delle mal vener e della pelle*, mars 1892.

— Le iniezioni di sozoiodolato mercurio nella cura della sifilide. Ext. : *Terapia clinica* 1894, janvier.

— Nota clinica istologica su di un caso di eritemo balsamico. (Comunicazione à la *Société italienne de dermatologie*, octobre 1895.)

— Contributo clinico, istologica, batteriologico sperimentale allo studia. (Comunicazione *Soc. ital. de dermatol.*, octobre 1895.)

— Sudi un raro caso di Sarcoma del Capo. (Comunicazione *Società ital. Dermatologie*, 1895).

— Un caso di dermatite mercuriale maligna ad esito letale. (Comunicazione *Società ital. Dermatologie*, octobre 1895.)

DUCREY et MARIO ORO. — Contribuzione all'istologia patologica etiologia e patogenesi del condiloma acuminato. Ext. : *Riforma medica*, 1892, n° 129.

— Contribuzione alla istologia patologica, etiologia e patogenesi del Condiloma acuminato, ricerche sperimentali (Naples, 1893).

MARIO ORO et LUIGI MOSCA. — Sulla pityriasis rosea di Gibert. Ext. : *Commentario clinico delle mal. cut. e genito urinari*, 1894.

#### A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

##### Note complémentaire sur l'acnitis (diagnostic différentiel).

Par M. BARTHÉLEMY.

Dans la dernière séance, je disais que, dans mon esprit, l'acnitis n'avait aucune espèce de lien étiologique avec la tuberculose et je faisais appel à mes souvenirs pour évoquer certaines particularités qui n'avaient peut-être pas été notées assez complètement parce qu'elles avaient moins d'importance au moment des premières observations qu'aujourd'hui. Le hasard produit parfois des effets curieux. Depuis 1890, Boch, dont l'observation a été publiée dans mon mémoire comme présentant un des deux types d'acnitis, a toujours voyagé; je ne l'avais plus revu, je n'avais plus entendu parler de lui. On discute sur son cas, et le voici qui arrive, étant venu à ma consultation, spontanément, sans avoir été prévenu que je désirais le voir et l'observer de nouveau. En ce temps de spiritisme certains verraient là autre chose qu'une simple coïncidence. Quoi qu'il en soit, on peut s'assurer que Boch, ne présente, ni de près ni de loin, comme je le disais l'autre jour, aucun stigmate de tuberculose; il n'a jamais eu que la grippe, en 1890, quand tout le monde avait l'influenza et il n'a jamais eu d'autre maladie que des crises de rhumatisme. Ce rhumatisme est même particulièrement déformant, comme on peut s'en rendre compte par le simple examen de ses mains, poignets et coudes, etc. Les douleurs qu'il a eues étaient dues, comme aujourd'hui encore, à des poussées aiguës dans le

cours d'un rhumatisme chronique déformant; or, on sait combien cette maladie se montre indépendante de la tuberculose. Sa mère est morte à 42 ans, d'alcoolisme; son père, à 56 ans, d'un accident, mais en pleine santé. Il est l'aîné de cinq enfants qui n'ont jamais eu que « mal aux dents », me dit-il très sérieusement. Lui-même n'a jamais eu de gourme, même dans l'enfance, ni aucun stigmate de *tuberculisme*. Il n'a pas de ganglions sous-maxillaires, mais un chapelet bi-inguinal, sans avoir jamais eu ni syphilis ni blennorrhagie. Il a un peu d'anémie; il n'est pas gras; il est en proie à une crise rhumatismale depuis le 15 décembre 1896. Il a une légère dilatation d'estomac (clapotage moyen) et souvent des fermentations gastro-intestinales, dont le rôle dans la production de ces phénomènes morbides est encore mal défini, de même que dans ce léger état de séborrhée huileuse que l'on peut encore constater chez lui sur certaines régions, comme le nez, l'espace intersourcilier et médico-frontal, la région pré-sternale et la région interclaviculaire. Pourtant, il n'a plus aucune espèce d'éruption, pas même une papule d'acné, et pourtant, il est soumis depuis une quinzaine à la médication iodurée (2 gr. par jour, dans le service où M. Fournier a bien voulu le recevoir). Il y a parfois de la constipation; et on peut constater sur lui un léger degré de dermographisme rose et plat, toxidermique. C'est d'ailleurs dans le cours de cet état d'auto-intoxication, que, sans avoir jamais pris de médicament (on ne peut donc pas, ici du moins, proposer le diagnostic d'éruption médicamenteuse), son éruption d'acné éclata brusquement. Il n'en porte d'ailleurs aucune trace et n'a plus un seul élément de folliculite ou d'acné. On ne peut penser non plus à une infection microbienne externe.

A propos d'acné, qu'il me soit permis d'insister sur un point qui n'a pas été assez spécifié lors des premières observations, à savoir que, dans ces cas de folliculites spéciales, que j'ai proposé de classer sous l'étiquette d'acné, il ne saurait s'agir d'une poussée secondaire et confluyente d'éléments acnéiques préexistants et ayant subi une exaltation momentanée de virulence. L'acné, dans ces conditions se comporte d'une manière toute différente, comme on peut s'en rendre compte par le résumé de l'observation suivante d'un sujet arthritique, emphysémateux, catarrheux, toussant et crachant à perpétuité. Cet homme, ainsi préparé, présente encore à 50 ans le type de l'acné invétérée: Vascularisation violacée des joues, acné hypertrophique du nez, rougeur et acné pustuleuse du front, du dos, de la poitrine. Séborrhée habituelle très abondante, autrefois liquide, maintenant concrète dans la plupart des points, « cristallisée », comme dit le malade, d'ailleurs graveleux, atteint d'embonpoint, du réseau veineux périadiaphragmatique, de douleurs rhumatismales musculaires, mobiles, etc. Or, depuis quinze à vingt jours au plus, il présente une poussée abondante d'une éruption aiguë plus ou moins étendue, dépassant les régions thoraciques, envahissant le tronc, l'abdomen, les flancs, les régions dorso-lombaires et allant s'éteindre vers la racine des cuisses. On reconnaît des éléments acnéiques, soit vésiculeux, soit pustuleux, soit tuberculeux, soit phlegmoneux et croûteux; quelques-uns sont même saillants en dehors et indurés à la base et furonculaires. Mais en aucun point on ne trouve les petites nodosités sous-cutanées qui précèdent la lésion dermique de l'acné; la localisation

est toute différente, comme on peut s'en rendre compte par l'examen de ces dessins faits jadis grossièrement et sans talent par moi, mais exactement et d'après nature. Si la nodosité se montre ici, c'est à la fin et non au début de l'évolution éruptive. L'odeur de la séborrhée et de l'acnée confluyente est très nette, tandis que l'acnitis en est dépourvue. Enfin, cette éruption n'a qu'une durée de six semaines à deux mois et non de six, dix, douze et dix-huit comme l'acnitis. Tels sont, je pense, les éléments d'un diagnostic différentiel entre l'acné confluyente ou momentanément exaspérée et l'acnitis, toxicodermie probable, guérissant d'une manière absolue, sans répétition indéfinie, comme fait l'acné et comme on peut voir dans le cas de Boch qui ne porte plus aucune espèce d'élément éruptif.

Incidentement et pendant qu'il était soumis à notre observation, nous avons pris, M. le Dr Oudin et moi, la radiographie de ses lésions rhumatismales. L'examen des épreuves est intéressant et donne un certain nombre de renseignements qui ne sont pas fournis par l'examen médical ordinaire même minutieux ; c'est ainsi qu'en la comparant à la radiographie d'une main normale, on constate la disparition des cartilages qui séparent les phalanges, phalangines et phalangettes. On voit que les os du carpe sont pour ainsi dire soudés les uns aux autres (comme cela aurait lieu dans l'extrême vieillesse, et le malade n'a que 33 ans) de façon à ne former qu'un bloc ; enfin, chose non remarquée jusqu'ici, on peut se rendre compte que la déformation des doigts tient surtout à une sorte d'exostose ou de néoformation osseuse développée aux dépens des cartilages inter-articulaires et repoussant la tête des phalanges ou des phalangettes, déterminant ainsi parfois leur position vicieuse à cause de sa consistance moindre... mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ce point, je me borne à le signaler.

#### **Deuxième note sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques (résultats de l'examen bactériologique : origine toxinique).**

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Voici le résumé des résultats que nous a fournis l'examen bactériologique et anatomo-pathologique des lésions observées chez le malade atteint d'éruption acnéiforme et nécrotique que nous avons présenté à la dernière séance de la Société.

**EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.** — Le pus de ces pustulètes, ensemencé à deux reprises différentes dans du bouillon et sur agar, n'a donné lieu à aucune culture.

De même, nous avons tenté par deux fois, sans résultat, l'auto-inoculation de ces lésions, la première fois au moyen d'une piqûre faite au bras avec une lancette chargée du pus de l'un de ces éléments, la deuxième



fois en portant ce pus au niveau d'une petite phlyctène que nous avions préalablement déterminée par une légère brûlure.

**EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE.** — Nous avons pratiqué deux biopsies chez ce malade : l'une comprenant un petit élément surmonté de sa pustulette centrale a été prélevée sur la partie latérale de l'abdomen ; l'autre a été faite au niveau de la plaque qui existait sur l'avant-bras gauche. Une partie de cette dernière a été inoculée à un cobaye ; mais il s'est écoulé encore trop peu de temps depuis, pour que nous puissions en donner le résultat.

Ces pièces ont été fixées au sublimé acétique, montées à la paraffine et coupées en séries. Les coupes ont été traitées par différentes méthodes, notamment par le picro-carmin, l'hématéine-éosine et la thionine phéniquée. Sur un très grand nombre d'entre elles nous avons pratiqué la recherche du bacille de Koch, mais sans succès.

*Premier fragment.* — L'examen des différentes coupes de cette pièce montre d'une façon évidente que la lésion s'est développée aux dépens d'un follicule pilo-sébacé dont elle reproduit exactement la forme. Profondément, elle s'étend un peu vers les glandes sudoripares en suivant le trajet des vaisseaux, mais les glandes sudoripares elles-mêmes sont normales. La lésion consiste en un véritable petit abcès intra-folliculaire et intra-glandulaire ; au centre, elle s'infiltre profondément au niveau du follicule pileux dont on retrouve néanmoins encore quelques traces. Latéralement et plus superficiellement, elle a à peu près complètement détruit les glandes sébacées dont on voit cependant encore quelques vestiges à la périphérie sous forme de cellules glandulaires altérées, et surtout dont on reconnaît le siège par la présence des fibres du muscle tenseur du poil qui soutenait cette glande et qui maintenant soutient cette infiltration. Au centre de cette infiltration, existe une cavité contenant une grande quantité de leucocytes polynucléaires ; l'infiltration elle-même est formée par des lymphocytes et des cellules plus volumineuses à gros noyaux ; enfin on constate, surtout à la périphérie, un grand nombre de cellules géantes, très caractéristiques.

Dans une autre partie des coupes, on constate une infiltration périvasculaire abondante.

*Deuxième fragment.* — Sur cette pièce, les lésions sont à un stade plus avancé. On y trouve deux nodules différents comme siège, comme forme et comme structure.

L'un de ces nodules, beaucoup plus petit, plus superficiel, semble formé aux dépens d'une glande sébacée à laquelle était annexé un poil atrophié, dont on ne voit plus que quelques débris. Ce nodule offre l'aspect typique d'un nodule tuberculeux ; la partie centrale est caséifiée ; autour on voit plusieurs cellules géantes très caractéristiques, puis une zone de cellules épithélioïdes, et enfin, plus en dehors, une infiltration embryonnaire.

L'autre nodule ressemble tout à fait à celui de notre première biopsie, si ce n'est que la lésion y est à un stade beaucoup plus avancé ; comme lui, il s'est développé aux dépens d'un follicule pilo-sébacé dont il rappelle absolument la forme. Profondément, on trouve un tissu en train de s'organiser, mais présentant cependant encore un grand nombre de cellules géantes



très typiques ; au-dessus de cette infiltration, existe une dépression de l'épiderme, une sorte d'utricule tapissée de cellules épidermiques sur toute sa paroi qui semble correspondre à la dépression cupuliforme des cicatrices que laissent ces éléments.

En résumé, les lésions que nous avons étudiées chez ce malade sont surtout développées aux dépens des follicules pileux et des glandes sébacées, ce que du reste révélait déjà l'examen objectif de ces éléments. Toutefois, les glandes sébacées ne sont pas le siège exclusif de cette éruption, car, ainsi que nous l'avons signalé dans l'observation, il existe aussi des nodules à la plante du pied.

Bien que la présence de cellules géantes ne soit pas exclusive aux lésions tuberculeuses et que, d'autre part, nous n'ayons pu, comme nous l'avions prévu, déceler dans les lésions, la présence de bacilles de la tuberculose, il nous semble cependant important d'insister sur le grand nombre de cellules géantes rencontrées dans ces lésions et aussi sur leur constitution suivant le type du nodule tuberculeux.

Ce fait n'est nullement en désaccord avec l'interprétation formulée par l'un de nous en faveur de l'origine toxinique de ces manifestations tuberculeuses disséminées ; il est de toute évidence, en effet, que dans les nodules tuberculeux typiques, les bacilles ne déterminent pas la production de lésions spécifiques par leur action purement mécanique, mais bien par les produits spéciaux, autrement dit par les toxines, qu'ils engendrent ; on conçoit dès lors que ces toxines puissent aller déterminer dans les diverses parties du tégument où elles sont entraînées par la circulation des lésions histologiques semblables à celles qui caractérisent ces nodules ; c'est ce qui s'est, selon toute vraisemblance, produit chez notre malade où l'on trouve, dans les lésions cutanées, des nodules ayant tous les caractères de la tuberculose, sauf les bacilles.

Nous rappellerons qu'il existe chez ce malade des signes évidents de tuberculose ganglionnaire, qu'une partie de ses éléments éruptifs doivent être rattachés aux folliclitis dont nous avons contribué à établir la nature tuberculeuse, que cette dermatose, par ses autres éléments, ne se rattache à aucun type connu, sauf, par leur évolution et les cicatrices cratériformes qu'ils laissent à leur suite, à ces folliclitis.

Si notre interprétation est exacte, notre nouveau fait, rapproché du cas de « folliclitis » que nous avons étudié antérieurement, établit, en outre, que ces toxines peuvent donner lieu à des éruptions très analogues, alors même qu'elles trouvent dans des parties diverses de la peau, le milieu sensible à leur action ; en effet, malgré le siège différent des lésions qui ont occupé surtout, dans un cas les couches profondes du derme, dans l'autre les follicules pilo-sébacés, les éléments éruptifs ont présenté des caractères communs ; dans les deux faits il s'est agi de boutons indurés qui sont devenus le siège, dans leur partie centrale, d'une pustulette,

*puis d'une croûte noireâtre, et enfin d'une dépression cratéri-forme toute particulière.*

Cependant un examen attentif permet de distinguer les altérations ayant pour point de départ les follicules pilo-sébacés de celles qui se développent primitivement dans le derme proprement dit : elles sont en effet moins profondes et en même temps moins indurées, et leur évolution est plus rapide ; elles ont en outre tendance à se grouper en petits amas, dans lesquels chaque lésion folliculaire se traduit ultérieurement par une dépression cratéri-forme.

Ces altérations, rapprochées du lichen scrofulosorum, de l'acné cachectique et des folliculites suppuratives en placards à progression excentrique décrites par l'un de nous, montrent que les follicules pilo-sébacés peuvent réagir, chez les différents sujets, suivant des modes divers sous l'influence de toxines très analogues, mais non identiques, car il est très probable, pour ne pas dire certain, que ces toxines présentent des propriétés différentes suivant le siège pulmonaire, ganglionnaire, osseux ou cutané dont elles émanent.

Notre malade présente une variété nouvelle, non encore décrite, de tuberculides.

#### **Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme (Érythème pigmenté réticulaire).**

Par MM. F. BALZER et GRIFFON.

Nous présentons à la Société une lésion cutanée très curieuse et, semble-t-il, non décrite, consistant en arborisations érythémateuses et pigmentaires, à la face interne des genoux, avec inflammation évidente du derme de nature indéterminée.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, moniteur dans une école d'arboriculture, entré le 28 janvier 1897 à la salle Hillairet dont il occupe le lit n° 27.

Ce malade nous a été adressé par le Dr Diverneresse, de St-Mandé.

Son père, mort à 70 ans, avait eu plusieurs poussées de rhumatisme articulaire aigu. Sa grand'mère avait eu des varices, compliquées d'eczéma variqueux. Sa mère, morte à 76 ans de cancroïde du front, avait présenté des paquets variqueux énormes, dont l'un aboutit un jour à la rupture. Il a une sœur bien portante et un frère affecté d'hémorroïdes.

Lui-même est atteint de migraine vers l'âge de quatorze à quinze ans. Émotif, irritable, il ne présente jamais d'attaques d'hystéries. Une hernie inguinale l'a fait réformer.

Jusqu'il y a quatre ans, il était en somme bien portant. Il contracte alors la fièvre typhoïde, qui le tient au lit deux mois. La convalescence est marquée par une petite hémorrhagie intestinale. Les jambes restent faibles

à la suite de cette affection ; elles trahissent le malade, elles sont « comme du coton ». Bon marcheur auparavant, notre homme, encore aujourd'hui, se fatigue très vite. Il éprouve de temps en temps, toutes les deux à trois semaines, parfois seulement tous les deux à trois mois, des douleurs dans les deux membres inférieurs, au-devant de la jambe, dans la cuisse, dans le genou, douleurs gênant et parfois même empêchant la marche.

Il y a quatre mois, en allant prendre un bain, le malade voit sur la face interne de son genou droit, à la hauteur du condyle, une traînée brunâtre. Le genou gauche est indemne.

Les jours suivants, la traînée gagne à la fois en haut et en bas, puis donne naissance à des ramifications, et bientôt on se trouve en présence d'un réseau très étendu de lignes brunâtres, véritable filet à mailles irrégulières et à grosses travées, occupant, trois mois après le début, c'est-à-dire il y a environ trois semaines, la face interne du genou, du tiers inférieur de la cuisse, du tiers supérieur de la jambe, allant jusqu'à la ligne médiane en avant, ne dépassant pas en arrière un plan qui raserait la face postérieure du condyle interne.

Il y a un mois que le genou gauche a commencé à présenter la même lésion. Lorsqu'il y a huit jours, le malade est entré à l'hôpital, il n'y avait encore qu'une traînée avec quelques courtes ramifications secondaires, lésion naissante occupant la région du condyle interne.

Le jour de son arrivée, il avait les membres inférieurs *marbrés de réseaux vasculaires* très apparents, occupant la *totalité des deux membres*, rappelant un peu ce qu'on voit parfois l'été sur les cadavres à la salle d'autopsie quand la putréfaction a amené l'extravasation du sang à travers les parois veineuses altérées. Rapidement d'ailleurs le décubitus fit disparaître cet aspect, qu'on chercherait en vain aujourd'hui.

Ce qui frappe actuellement, c'est, à droite, un élégant réseau vasculaire marbrant la face interne du genou, formé de travées irrégulières, dentelées, lignes brunâtres rarement droites, plus souvent flexueuses, s'anastomosant entre elles. C'est à peu près l'aspect que présentent parfois les jambes des femmes qui se chauffent avec des briquettes, ou des cochers qui ont les jambes pigmentées par la chaufferette qu'ils gardent sur leur siège. Le dessin singulier que nous avons sous les yeux rappelle aussi l'aspect que prend parfois le givre figé en hiver sur les vitres.

La pigmentation n'est pas le seul caractère de cette lésion ; il y a aussi inflammation, car la pression la plus légère à ce niveau est douloureuse, et le malade se plaint de souffrances spontanées.

En maints endroits, surtout vers le centre de la région atteinte, on note au confluent des travées de petites surfaces rouges, limitées par un bord net, *sans épaissement* aucun du derme sous-jacent. Les jours derniers, ces éléments étaient le siège d'une desquamation évidente ; actuellement la surface en est rouge, décapée, brillante, plus finement plissée que l'est celle du lichen.

A gauche, l'altération vasculaire est beaucoup moins avancée. Quelques ramuscules principaux sont anastomosés au niveau de la face interne de la saillie du condyle ; au centre est un placard rosé et plissé comme ceux que nous venons de décrire ; tout autour les arborisations vont en se dégradant.

Quand nous aurons signalé l'existence de fines veinosités, rougeâtres ou violacées, disséminées irrégulièrement sur les deux membres inférieurs, et la présence de varices peu saillantes, nous aurons dit toutes les particularités qui nous ont frappés quand nous avons vu cet homme pour la première fois.

Depuis, l'application de compresses humides, poursuivie seulement pendant trois jours, a paru modifier l'aspect des lésions dans le sens d'une grande amélioration. Mais un phénomène nouveau a surgi depuis quelques jours. Des deux côtés sont apparues de nouvelles traînées rosées, érythémateuses, semblant se continuer directement avec les travées brunâtres, confluentes principalement le long des saillies déterminées par les condyles internes. De plus, le cou-de-pied droit est devenu tuméfié et légèrement douloureux; il s'est produit une véritable fluxion péri-articulaire avec sudation assez abondante qu'il est bien difficile de ne pas rattacher au rhumatisme.

Nous suivrons attentivement l'évolution de ces incidents nouveaux, qui nous mettront peut-être sur la piste de la nature de l'affection.

Nous avons choisi pour titre de notre communication les termes d'inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme. Nous pensons, en effet, que c'est dans les vaisseaux sanguins, très superficiels, veinules ou capillaires, que siège l'altération. Les varices sont évidentes chez notre malade, qui est de plus entaché d'une hérédité arthritique et plus particulièrement variqueuse. Mais si l'on regarde avec attention les lésions de la peau, on voit qu'elles ne suivent pas toujours les troncs variqueux, facilement visibles, mais plutôt les réseaux capillaires.

Notons aussi que l'épaississement de la peau, bien que manifeste est peu accusé au niveau du réseau pigmenté; l'infiltration du derme est évidemment diffuse et peu dense.

S'il nous fallait absolument classer l'affection singulière que nous venons de présenter, les douleurs qu'accuse le malade et qu'on peut réveiller facilement et surtout la manifestation articulaire qui vient de se déclarer, nous entraîneraient à incriminer le rhumatisme. Il faut peut-être faire intervenir ici un processus érythémateux accompagné de pigmentation; c'est pourquoi nous avons proposé en sous-titre la dénomination provisoire d'*érythème pigmenté réticulaire*. En tout cas, ce n'est pas une affection d'origine purement variqueuse et le processus érythémateux rhumatismal semble bien s'adjoindre à la gêne circulatoire.

**Erythème récidivant, symétrique des extrémités, avec desquamation à larges lambeaux de la paume des mains et de la plante des pieds.**

Par M. GEORGES THIBIERGE.

C'est à titre de problème clinique et sans pouvoir à son sujet fournir de conclusion ferme — ne connaissant aucun cas semblable ou exactement comparable — que je présente à la Société la malade dont voici l'observation.

V..., âgée de 31 ans, concierge, vient me consulter le 4 février 1897 à la Policlinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié, pour une affection de la paume des mains remontant au 25 ou 26 janvier. A ce moment, la face palmaire des mains et des doigts est devenue le siège d'une rougeur et d'une tuméfaction assez prononcée pour gêner les mouvements de préhension; cette tuméfaction existait aussi, mais à un moindre degré, à la face dorsale des mains. Les jours suivants, tuméfaction et rougeur persistent tout en diminuant d'intensité. Le 31 janvier, ils avaient disparu, mais l'épiderme commençait à se soulever au niveau du premier espace intermétacarpien et depuis lors il a continué à se détacher graduellement des couches sous-jacentes.

Au moment où j'examinai la malade pour la première fois, l'épiderme de la paume des deux mains était soulevé en une large squame recouvrant toute leur partie moyenne, la moitié interne de l'éminence thénar et la moitié externe de l'éminence hypothénar, remontant jusqu'à la base de l'éminence thénar et descendant jusqu'à l'insertion des doigts; cette squame ne formait qu'un seul lambeau sans la moindre solution de continuité, présentant très nettement tous les plis et sillons normaux de la région; au-dessous d'elle, la peau était rosée, sèche, sans aucune trace d'exsudat quelconque. Le soulèvement de cette squame n'avait du reste pas été précédé de la production d'une bulle.

Sur la face palmaire de plusieurs doigts (médus et annulaire droits, index et médus gauches) l'épiderme était également décollé dans une étendue variable, mais ne dépassant pas la première phalange.

Sur les faces latérales des doigts, on voyait une desquamation plus mince, mais en lambeaux secs et blancs très nets; sur leur face dorsale, une desquamation furfuracée.

A la plante des pieds, l'épiderme était sec et semblait menacé de desquamation; au niveau des points d'appui, la peau avait une coloration rouge assez prononcée, reliquat d'un gonflement survenu en même temps que celui de la paume des mains.

La malade nous annonçait que dans un mois l'épiderme des pieds serait soulevé exactement comme celui des mains.

Elle n'en était, en effet, pas à sa première attaque de cette maladie: son expérience se basait sur quatre attaques semblables.

Au sujet des deux premières elle ne peut donner de commémoratifs aussi précis qu'au sujet des deux dernières; celles-ci sont survenues dans

le courant de l'année 1896 : en avril, à la suite d'une maladie caractérisée par un gonflement intense du visage, une éruption occupant le haut du thorax et qui aurait été diagnostiquée « rougeole » (?) et à laquelle ont succédé plusieurs abcès dentaires ; en juin, après des troubles digestifs qui ont été dénommés embarras gastrique et consistaient en douleurs abdominales, sans vomissements et sans diarrhée.

A chacune de ces attaques, elle avait, comme dans l'attaque actuelle, vu survenir une tuméfaction de la paume des mains et de la plante des pieds, suivie de desquamation en larges lambeaux. A chacune d'elles, les lésions étaient restées strictement limitées à ces régions.

La poussée actuelle, comme les précédentes, a succédé à un état infectieux ; mais cet état infectieux s'est borné à un « rhume » qui n'a pas obligé la malade à garder le lit et pour lequel elle s'est contentée de prendre une bouteille de sirop pectoral.

En dehors des infections qui ont précédé chacune des poussées éruptives, cette malade n'a subi aucune maladie sérieuse.

Réglée à l'âge de 18 ans, elle a toujours eu ses règles apparaître régulièrement ; les premières poussées éruptives ont coïncidé avec des époques menstruelles, mais la poussée actuelle est survenue huit jours après la fin des règles.

Elle est d'un tempérament nerveux, mais on ne constate aucun stigmate accusé d'hystérie, en particulier pas d'anesthésie au niveau des membres. La réaction vaso-motrice, sous l'influence des excitations cutanées locales, est nettement accusée, rapide et persistante ; peut-être s'accompagne-t-elle d'un très léger degré d'exsudation, mais il ne se produit pas de larges saillies urticariennes.

La malade déclare avoir eu, à l'âge de 14 ans, une attaque d'urticaire généralisée ; jamais, depuis lors, elle n'a eu d'éruption analogue.

La forme de la desquamation, entraînant en un seul morceau l'épiderme de la presque totalité de la région palmaire est déjà un caractère singulier de ce cas.

Plus singulière encore est l'exacte limitation de la maladie, pendant toute son évolution et au cours de plusieurs attaques successives, à des régions symétriques et différenciées comme la paume de la main et la plante des pieds.

Cette localisation exclusive ne cadre pas avec les dermatoses exfoliantes récidivantes jusqu'ici connues, dont le caractère est précisément la généralisation à toute ou presque toute la surface cutanée : toutes les variétés d'érythrodermies rangées dans le pityriasis rubra, les érythèmes scarlatiniformes récidivants, etc., sont éliminées par le seul fait de la topographie restreinte de la desquamation et des lésions qui la précèdent.

Cette topographie, par contre, éveille nécessairement l'idée d'un trouble circulatoire d'origine nerveuse : n'est-elle pas comparable à celle de l'asphyxie des extrémités, de la sclérodactylie et de tant



d'autres acropathies dont l'origine nerveuse est irrécusable ? N'est-elle pas identique à celle de certaines formes de kératodermie symétrique pour lesquelles cette origine a été invoquée et est généralement admise ?

L'interrogatoire de la malade apprend, en outre, que chacune des attaques de cette affection a succédé à un trouble prononcé de la santé générale, à une infection caractérisée quoique variable dans son siège.

Mais, la cause et le mécanisme fonctionnel étant déterminés, resterait à connaître le mode exact de réaction cutanée qui aboutit à cette singulière desquamation. Il est assez difficile de s'en rendre exactement compte, sans avoir assisté aux premières phases de l'affection. A en croire les descriptions de la malade, il se serait agi d'une sorte d'érythème avec tuméfaction, peut-être avec œdème du tégument. D'autre part, cette malade a été, dans son jeune âge ; atteinte d'urticaire ; elle a, comme nombre d'urticariens, un système vaso-moteur cutané très excitable et doué de réactions très accusées.

En présence d'un sujet entaché de nervosisme, antérieurement atteint d'urticaire et présentant actuellement un stigmate vaso-moteur accusé, un rapprochement s'impose avec la forme d'urticaire connue depuis Quincke sous le nom d'œdème aigu circonscrit de la peau, affection dont les récidives se font ordinairement en une même région cutanée et dans laquelle le système nerveux intervient de façon indubitable. A la vérité, l'œdème aigu circonscrit, comme les autres formes de la dermatose urticarienne est essentiellement une affection à marche rapide, son existence est éphémère et elle disparaît sans laisser de trace de son passage. Aussi est-ce une simple comparaison et non une assimilation complète que je propose. En attendant que d'autres faits viennent éclairer les relations pathologiques de cette singulière dermatose, je me contente de lui donner la dénomination purement symptomatique et descriptive par laquelle j'ai intitulé la présente note.

M. FEULARD. — La malade n'a-t-elle pris aucun médicament ? J'ai observé une malade qui, à la suite d'absorption de sulfate de quinine, présentait de l'œdème des mains et de la desquamation.

M. THIBIERGE. — La malade n'a pris aucun médicament antérieurement à l'érythème.

---

**Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire, développée chez un tuberculeux cachectique.**

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Pigmentation réticulée du col et syphilide pigmentaire sont, pour

presque pour tous les dermatologistes français, deux expressions synonymes ; de même, pour les auteurs allemands, l'épithète de syphiliticum est un complément pour ainsi dire obligé du terme de leukoderma.

A la vérité, quelques protestations se sont élevées contre cette opinion trop absolue. Lesser, Riehl, Kaposi et surtout G. Lewin (1) ont refusé au leukoderma une valeur diagnostique aussi formelle. Ce dernier auteur rapporte que, en examinant 4,800 sujets n'ayant aucun antécédent syphilitique et ne présentant aucun symptôme actuel de syphilis, il a constaté 227 fois (soit 4 p. 100) des taches de leukoderma.

En France, M. Fournier, tout en attribuant une extrême valeur à la pigmentation réticulée du col comme signe diagnostique de la syphilis, déclare l'avoir observée une fois, mais une fois seulement, chez une jeune femme indemne de syphilis, et atteinte de tuberculose avancée.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société peut, me semble-t-il, faire le pendant de l'observation de M. Fournier.

Il s'agit d'un homme de 60 ans, entré dans mon service de l'hôpital de la Pitié, le 5 décembre dernier, pour des lésions pulmonaires de nature indubitablement tuberculeuses. Il tousse depuis huit ans, a craché du sang à plusieurs reprises. Il est arrivé à une période avancée de la phase cachectique de sa maladie.

J'ajouterai que, s'il est sujet à des diarrhées profuses durant un jour ou deux, s'il éprouve depuis cinq ou six mois des douleurs dans l'abdomen et dans la partie inférieure du thorax, ces signes sont insuffisants pour justifier le diagnostic de maladie d'Addison que pourraient faire soupçonner les troubles de la pigmentation qu'il présente.

Ses téguments, qui ont toujours été foncés, ont pris depuis quelques années une coloration gris sale plus accusée. Cette coloration frappe surtout au visage, auquel elle donne une teinte terreuse à peu près uniforme, rappelant celle de la cachexie paludéenne, respectant seulement les régions malaires et la partie supérieure du front ; mais elle se rencontre également sur le reste de la surface cutanée, un peu plus atténuée sur les membres.

Sur le tronc, elle est à peu près uniforme, parsemée çà et là de taches moins foncées correspondant à des cicatrices de forme et de dimensions variées, d'origine indéterminée et sans doute variable. A la partie supérieure du dos, les cicatrices, de petites dimensions, arrondies pour la plupart, semblent être la conséquence d'une phthiriasse ancienne.

Au cou, la pigmentation présente des caractères tout particuliers. Tandis

(1) G. LEWIN. Ueber das Leukoderma, namentlich über seinen diagnostischen Werth. *Charité-Annalen*, XVIII, Jahrg.

(2) A. FOURNIER. *Les affections parasymphilitiques*. Paris, 1894, p. 28.



que, à sa partie antérieure, la peau offre uniformément la même coloration que dans les portions adjacentes du thorax, les parties latérales et surtout la partie postérieure sont le siège d'une coloration grisâtre plus intense, surtout accusée à la moitié supérieure de la nuque où elle tire un peu plus sur le jaune.

En ces régions, la coloration uniforme est parsemée de taches arrondies ou légèrement allongées, régulières, à contours nettement accusés, dont les plus larges ne dépassent pas un centimètre de diamètre. Ces taches sont beaucoup plus pâles que la peau adjacente ; elles sont cependant de couleur jaune, plus accusée que ne l'est normalement la peau de la nuque. Au niveau de ces taches, la peau ne semble présenter au premier abord aucune lésion ; cependant, quelques-unes, principalement celles de la partie inférieure de la nuque ont, mais de façon très douteuse, une très légère apparence gaufrée ; ce point mérite d'autant mieux d'être signalé qu'on peut constater, à la région sus-scapulaire droite, une cicatrice nettement quoique superficiellement gaufrée, dont la forme et les dimensions rappellent celles des taches pâles de la nuque.

Les cheveux sont noirs, lanugineux et minces ; ils sont clairsemés, de sorte que leur disposition rappelle l'alopecie en clairière. Ils ont commencé à tomber il y a une trentaine d'années ; depuis huit ans leur nombre ne s'est plus modifié.

La muqueuse buccale n'est le siège d'aucune pigmentation.

L'interrogatoire minutieux et répété du malade ne permet de relever aucune trace de syphilis récente. Le seul commémoratif qui présente quelque intérêt dans ce sens est l'existence de chancres multiples de la verge il y a trente-six ans, chancres qui n'ont été suivis d'aucun symptôme de syphilis.

En l'examinant attentivement, et cet examen a été répété chaque semaine depuis son entrée dans le service, il a été impossible de découvrir le moindre soupçon de syphilis : aucune lésion ou trace de lésion cutanée d'origine syphilitique, pas de plaques muqueuses, pas d'adénopathies.

La pigmentation cervicale développée chez ce malade offre une frappante et indéniable similitude d'aspect avec la syphilide pigmentaire : l'impression a été la même pour tous les médecins qui l'ont examiné dans mon service.

Et cependant, cet homme n'offre aucun symptôme autre de syphilis. Faut-il admettre une syphilis uniquement caractérisée par la syphilide pigmentaire ? S'il ne s'agissait pas d'un tuberculeux cachectique, c'est-à-dire porteur d'une maladie qui justifie les perversions de la fonction pigmentaire, il serait beaucoup plus embarrassant de répondre à cette question, tant il est difficile de délivrer à qui que ce soit une patente nette de syphilis. Mais ici, nous sommes en présence d'un sujet susceptible, de par la tuberculose dont il est atteint, de se pigmenter anormalement, bien plus, d'un sujet dont tout le tégument est anormalement pigmenté.

Au cou, la mélanodermie revêt une disposition spéciale, mais elle n'est qu'un fragment d'une dystrophie pigmentaire généralisée, et, malgré sa disposition spéciale, on ne peut l'isoler de cette dystrophie même.

Resterait à savoir par quel mécanisme s'est produite cette dystrophie et pourquoi, en une région déterminée, elle a revêtu un aspect aussi spécial.

Malgré l'absence de signes propres à la cachexie addisonnienne, en particulier de la pigmentation des muqueuses, la première de ces questions reste entière et il est impossible de décider s'il faut dans la production de cette mélanodermie accorder un rôle aux capsules surrénales, ou l'imputer à une altération sanguine provoquée par le bacille de Koch ou par la cachexie tuberculeuse.

Quant à l'explication de la forme spéciale qu'elle revêt au cou, j'aurais voulu pouvoir déterminer si elle est ou non la conséquence de lésions cutanées antérieures, la mise en valeur de cicatrices de cette région; l'interrogatoire du malade ne m'a pas fourni d'argument péremptoire à ce sujet et j'ai noté dans l'observation les raisons qui m'ont fait soulever cette hypothèse.

S'il était avéré que la pigmentation a, primitivement et sans l'intervention d'une lésion destructive antécédente, revêtu la forme réticulaire, elle serait exactement surperposable à la syphilide pigmentaire, telle qu'elle est classiquement envisagée: l'analogie pathologique conduirait logiquement à une analogie de qualification et on devrait l'appeler tuberculide pigmentaire; mais cette qualification ne résoudrait pas la difficulté, la pathogénie de la syphilide pigmentaire restant encore indéterminée.

En présentant ce malade, je n'ai pas eu la prétention de trancher ces questions. J'ai voulu, me plaçant au point de vue strictement clinique, montrer que, dans des cas exceptionnels, rarissimes pour mieux dire, la pigmentation des tuberculeux peut revêtir toutes les apparences symptomatiques de la syphilide pigmentaire.

M. RENAULT. — Ce malade ayant présenté des chancres, on ne peut établir d'une manière absolue la nature non syphilitique de la pigmentation.

M. THIBIERGE. — Rien ne prouve que ces chancres aient été de nature syphilitique; ils remontent du reste à 26 ans et je ne connais pas d'exemple de syphilide pigmentaire symptomatique d'une syphilis remontant à une date aussi lointaine.

M. LEREDDE. — Je désirerais, à propos de la chute des cheveux que présente le malade de M. Thibierge, attirer l'attention sur l'*alopécie tuberculeuse initiale*. Elle n'a pas été signalée, je crois; par contre, l'*alopécie tardive* est bien connue. Je possède déjà quatre observations, recueillies en une seule

année, de malades venant consulter à l'hôpital Saint-Louis pour une alopecie, diffuse, athrepsique, semblable à celle des maladies infectieuses, quoique de marche plus lente, et atteints de tuberculose au début, tuberculose restée latente, et ne se révélant que par des signes physiques. S'agissait-il de tuberculoses particulièrement graves, subaiguës? Je n'ai pu suivre d'assez près les malades pour donner quelque renseignement à cet égard.

Dès à présent, je considère qu'il faut chercher la tuberculose en présence de toute alopecie diffuse, qu'on ne peut expliquer d'une manière satisfaisante.

M. FOURNIER. — J'ai observé une pigmentation du col identique à celle que détermine la syphilis secondaire chez une malade, vierge, qui n'offrait aucun signe de syphilis, acquise ou héréditaire; par contre, cette femme était tuberculeuse, et elle est morte phthisique.

M. BARTHÉLEMY. — Cette pigmentation existe même chez des sujets qui ne sont ni tuberculeux ni syphilitiques.

### Cylindrome de la région parotidienne.

Par M. DU CASTEL.

La malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société est une femme atteinte d'une variété de tumeur dont les exemples sont encore peu nombreux dans la science. Son siège, d'après les observations connues, est le plus habituellement la région parotidienne; dans les exemples cités, le volume ne dépassait pas ordinairement celui du poing. Ce sont, d'après les observations de Malassez, des néoformations épithéliales sur lesquelles se grefferaient un bourgeonnement myxomateux du stroma pénétrant au sein des amas épithéliaux. Le point de départ serait dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. M. Quénu pense que les glandes de la peau ou les débris inclus de l'épithélium fœtal doivent être le point de départ de la végétation épithéliale.

Le développement de ces tumeurs est lent et elles refoulent les tissus plutôt qu'elles ne les infiltrent. Tomasi a cependant signalé quelques cas de généralisation aux ganglions, à la plèvre, au poumon, au foie.

La récurrence locale ne se verrait que dans un cinquième des cas.

Voici l'histoire de notre malade :

Marie S..., âgée de 45 ans, marchande, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Gibert, lit n° 18, le 9 décembre 1896.

Son père est mort d'une maladie de cœur; sa mère vit encore, âgée de

76 ans. Pour elle, elle ne présente dans ses antécédents qu'une pneumonie à 26 ans et des névralgies faciales qui ont persisté six mois, à l'âge de 32 ans. La maladie actuelle a débuté en 1885. Du côté gauche de la face, sur le bord inférieur du maxillaire inférieur, apparut une tumeur, blanchâtre, douloureuse, de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur augmenta de telle sorte qu'au bout d'environ deux ans elle avait atteint le volume d'un œuf.

La malade se fit opérer. Mais il y eut récédive après six mois. Deuxième opération suivie de récédive encore; on opéra en tout six fois en six ans, sans plus grand succès. La dernière intervention eut lieu le 6 mai 1891, et peu de temps après la tumeur se reproduisait. Les chirurgiens refusant d'intervenir une septième fois, la tumeur ne fit qu'augmenter.

La malade entra à la Salpêtrière; là, dit-elle, sous la peau du front et le cuir chevelu, il se développa une collection liquide qui s'ouvrit spontanément au niveau du front par deux orifices. Le liquide qui s'écoula aurait été séreux, d'une odeur infecte. Les douleurs diminuèrent; la malade se sentit beaucoup mieux; mais, comme on lui refusait l'opération qu'elle demandait instamment, elle quitta la Salpêtrière et vint à Saint-Louis.

Actuellement, elle se plaint de violentes douleurs dans la tête et d'une gêne de respiration, plus accentuée pendant la nuit. Toute la partie gauche de la tête, à l'exception du quart supérieur, et la partie supérieure du cou sont envahies par une tumeur énorme, violacée, bosselée, formée de mamelons inégaux séparés par des gouttières multiples et de profondeur variable. Cette tumeur s'étend, en arrière, jusqu'à deux travers de doigt de la ligne médiane; en bas, elle descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la clavicule et de la fourchette sternale. En avant, la bouche est complètement déviée du côté droit; la commissure gauche répond à la cloison du nez dont l'aile gauche est aplatie. Les paupières, du côté gauche, sont œdématisées; quant à une portion de la joue gauche dont la peau n'a pas changé de coloration, portion limitée par le nez, l'œil et une ligne allant à peu près de l'apophyse orbitaire externe à la commissure des lèvres, un peu œdématisée en haut, elle est dure et adhérente à des noyaux sous-cutanés, sur les limites des bosselures.

La tumeur est bosselée, figure une immense grappe de raisin appliquée sur la partie latérale de la tête; les lobules présentent une certaine transparence; il y a quelques petites ulcérations suintantes, un ou deux petits kystes séreux, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, et des veines dilatées à la surface des bosselures plutôt que dans leur intervalle. De l'oreille, émergeant au milieu de la masse néoplasique, on ne voit que le bord postérieur tuméfié et le lobule, volumineux et bourgeonnant. Le tragus, l'anthélix, l'hélix ont disparu; l'orifice du conduit auditif externe n'est plus visible.

Au toucher, on a la sensation d'une gélatine assez consistante. La tumeur est adhérente aux plans profonds du cou et de la face. Si la malade abaisse et relève la mâchoire inférieure dont les mouvements subsistent, quoique limités, toute la partie antérieure de la tumeur est ébranlée. Le doigt introduit par la commissure gauche dans le sillon

gingivo-jugal, sent que la tumeur fait corps avec le maxillaire. Rien à l'intérieur de la bouche. On peut d'ailleurs l'explorer facilement.

La sensibilité, diminuée au point où la peau est encore intacte, est complètement abolie au niveau des bosselures.

Sur le front, au-dessus de l'œil gauche, il y a une petite fistule laissant écouler un liquide séro-purulent.

Depuis deux mois, la tumeur tend à gagner le côté droit. Si, du côté gauche, dans le creux sus-claviculaire, on sent un ganglion, du côté droit, en cette même région, on sent toute une masse ganglionnaire indurée. Pas de ganglions en d'autres régions. Malgré cela, malgré un amaigrissement prononcé, la malade a conservé l'appétit; le sommeil est facile.

Rien à noter du côté des principaux viscères.

L'examen histologique, pratiqué par M. Darier, montre qu'il s'agit d'un cylindrome, c'est-à-dire d'un épithéliome adénoïde kystique avec végétations mucoïdes intra-cavitaires.

(Observation recueillie par M. MARCHAIS, interne du service.)

L'évolution de l'affection chez notre malade a été, on pourrait le dire, classique. Il faut remarquer cependant que son volume sort absolument des limites ordinaires, puisque celles-ci restent habituellement au-dessous du volume du poing.

#### *Examen histologique, par J. DARIER.*

A la demande de M. Du Castel, j'ai fait une biopsie à sa malade. Les deux nodules que j'ai excisés, et qui faisaient partie de la grande tumeur conglomérée de la face, se sont trouvés, à l'examen histologique, avoir une structure à peu près identique.

Il n'est pas nécessaire de faire une description détaillée de cette structure, car elle répond exactement à celle des *cylindromes*, tels que les a définis M. Malassez dans un travail très complet sur ce sujet (Sur le cylindrome; *Arch. de Physiologie*, 1883).

Il s'agit donc d'un épithélioma alvéolaire à cellules cylindriques ou polygonales, à stroma fibreux dont la plupart des alvéoles renferment à leur centre ces masses hyalines ou myxomateuses (corps oviformes de Robin) qui caractérisent cette espèce. Je rappelle que, d'après M. Malassez, la présence de ces masses hyalines dans les amas épithéliaux résulte de leur envahissement par une néoformation myxomateuse qui débute dans le stroma et végétè secondairement dans les alvéoles où elle tend à remplacer le tissu épithélial.

De l'analyse des cas relativement nombreux que M. Malassez a rassemblés dans son travail, ressortent les données suivantes :

Les cylindromes siègent à la face dans la grande majorité des cas, forment des tumeurs arrondies, souvent lobulées qui dépassent rarement le volume d'un poing d'adulte, qui érodent volontiers les os et souvent soulèvent la peau avant de l'envahir et de l'ulcérer, qui ont une marche progressive pas très rapide, récidivent fréquemment après leur ablation, mais se généralisent rarement, ayant donc une malignité moyenne.

### Ulcères phlébitiques.

Par M. GASTOU.

La malade que je présente a déjà fait l'objet d'une communication à la Société, dans la séance du 9 janvier 1896, sous le titre de : *Néphrite albumineuse, phlébite double, ulcérations ecthymateuses des jambes; gangrène symétrique superficielle des orteils survenue après une pneumonie; rétrécissement mitral; néphropathie familiale héréditaire.*

Laissant de côté l'altération rénale qui subsiste encore : les lésions cardiaques qui sont considérablement améliorées, je veux surtout attirer l'attention de la Société sur les lésions ulcéreuses des jambes que présente la malade.

Depuis un an ces ulcérations ne se sont aucunement modifiées, elles persistent avec les caractères qu'elles ont eus dès le début, et le traitement n'a pas eu sur elles grande action. Je dois dire que la difficulté de leur guérison est due en partie à ce que la malade se tient souvent debout. Je signalerai aussi un caractère particulier des réflexes rotuliens, que j'ai rencontré chez des malades atteintes de névrodermites ou d'autres affections névropathiques et qui existe très accentué chez cette malade : c'est un caractère d'exagération et de généralisation, tout à fait particulier qui détermine un mouvement saccadé, brusque des membres supérieurs et quelquefois de la tête, véritable mouvement de défense lorsqu'on vient à frapper le tendon rotulien.

Si je signale ce fait, c'est qu'il se rencontre souvent plus ou moins accentué chez les malades porteurs d'ulcérations analogues. Ce qui ferait croire que le système nerveux et le système vasculaire prennent une part égale dans leur production.

Ces ulcères, que j'appelle phlébitiques, dont M. le Dr Audelo nous a déjà montré des types et que M. le Dr Cormier vient d'étudier dans une thèse inaugurable faite dans le service de M. le Dr Fournier, ces ulcères, dis-je, se produisent sur des membres atteints de phlébites consécutives à des maladies infectieuses au premier rang desquelles est la fièvre typhoïde.

Leur aspect est tel qu'on peut en donner les caractères résumés toujours les mêmes. Les ulcères phlébitiques sont des ulcères siègeant sans systématisation, sans point d'élection, sur les membres inférieurs, principalement sur la jambe, épargnant le pied. Leur nombre est multiple, leurs dimensions variables, depuis une lentille jusqu'à la grandeur d'une pièce de 5 francs et quelquefois plus, lorsqu'il sont confluents. Leur forme est orbiculaire ou ovale, nettement des-



sinée; elles ont l'aspect d'une cupule, d'un godet. Leurs bords sont saillants, formant un bourrelet blanchâtre, comme œdémateux, c'est un véritable ourlet, semblable comme coloration à la macération épidermique blanchâtre que produisent les pansements phéniqués. Ces bords surplombent les parois déclives de l'ulcère. Les ulcérations ne sont donc pas taillées à pic, mais en pente douce jusqu'au fond. Les parois et le fond sont formés de bourgeons charnus recouverts de pus ou de fibrine donnant l'illusion d'une fausse membrane. Tout autour des ulcères existe une zone pigmentée brunâtre qui entoure à la façon d'un anneau la lésion centrale.

Ces ulcères ne sont pas douloureux, il n'existe à leur niveau aucun trouble de sensibilité. Ils débutent souvent par une sorte de soulèvement bulleux qui s'ouvre et laisse à nu l'ulcère qui grandit et creuse en profondeur en même temps que ses bords se tuméfient. La moindre cause les provoque: le grattage, un traumatisme, et une fois produits, ils sont d'une chronicité désespérante. Fait négatif important: il n'y a pas de varices sur les membres qui en sont atteints, et on ne trouve chez les malades aucune tare syphilitique.

Il y a lieu, je crois, de placer à côté des ulcères variqueux les ulcères phlébitiques consécutifs à des phlébites des membres d'origine infectieuse.

### Éléphantiasis du bras gauche.

Par M. GASTOU.

La malade est entrée dans le service de M. le Dr Fournier pour une affection du bras remontant à quelques mois et survenue dans les conditions suivantes.

Pour guérir une toux continue, elle applique un vésicatoire sur le bras gauche. Ce vésicatoire reste en place plusieurs jours, et pour le maintenir, une bande fortement serrée est appliquée à la racine du bras, dans la région deltoïdienne. Bientôt survient un gonflement de la main, puis de l'avant-bras et enfin du bras.

Actuellement le bras gauche est environ le double du bras droit. Il est tuméfié jusqu'à la région deltoïdienne. La peau est lisse, dure, brillante, comme parsemée de petites saillies translucides. La pression ne détermine pas de godet, c'est un gonflement dur, scléreux et non un œdème.

La malade n'éprouve pas de phénomènes douloureux. Les ganglions axillaires gauches sont volumineux.

On note en outre de l'exophtalmie légère des deux yeux, une dimi-



nution de l'inspiration et de l'expiration du côté gauche de la poitrine et aux deux sommets des signes probables de tuberculose pulmonaire.

L'éléphantiasis du bras semble le résultat de phlébites et de lymphangites provoquées par la suppuration du vésicatoire, facilitées par la compression arrêtant le cours des circulations veineuses et lymphatiques et surtout aidées par l'état général de la malade qui est atteinte de lésions broncho-pulmonaires et d'hypertrophie des ganglions du médiastin de nature vraisemblablement tuberculeuse.

M. DARIER. — J'ai observé chez M. Besnier un fait d'ulcérations phlébitiques consécutives à la fièvre typhoïde et qui ont récidivé pendant six à huit mois.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai vu à la suite de la fièvre typhoïde également des ulcérations semblables, se rapprochant de celles que produisent des gommès sous-cutanées.

#### **Ecthyma scrofuleux (scrofulides cutanées).**

Par M. GASTOU.

La malade que voici a déjà été présentée à la Société par M. Emery et par moi. Si j'avais choisi à ce moment le nom d'ecthyma scrofuleux, faute d'en avoir d'autre pour exprimer ma pensée, c'est que je voulais dire par ce mot scrofuleux, que les lésions présentées par la malade n'étaient pas de nature tuberculeuse, n'étaient pas des tuberculides.

On m'avait objecté que si la recherche du bacille de Koch avait été négative, si l'examen des coupes ne montrait pas de cellules géantes ou de tubercules miliaires, cela ne prouvait pas que la lésion n'était pas une tuberculide.

J'ai aussitôt inoculé un fragment de peau prise sur une des ulcérations de la malade, dans la cavité abdominale d'un cobaye. Depuis plus d'un mois que l'inoculation a été faite le cobaye n'a manifesté aucun symptôme apparent d'infection tuberculeuse : mieux que cela, il a gagné plus de 100 grammes.

Je sais qu'un cas ne prouve rien. Il s'agit simplement d'un fait d'attente. Le seul but de ma communication est de demander à la Société s'il n'est pas possible d'admettre, à côté des syphilides et des tuberculides, des scrofulides.

Les scrofulides ne seraient ni de la syphilis, ni de la tuberculose, mais quelque chose de tout à fait différent.

A côté de la tuberculose et de la syphilis il y aurait la scrofule.

J'avais émis l'opinion, que je crois cependant plausible et à démontrer du reste : que la scrofule ne serait que la manifestation, le reliquat éloigné d'infections successives ayant laissé l'organisme dans un état d'infériorité qui le rendrait propre à être envahi par la tuberculose.

A mon sens, les scrofulides seraient des ulcérations conséquence d'une véritable septicémie chronique : en quelque sorte des décharges cutanées toxi-infectieuses, traduisant l'infection et l'intoxication chronique, au même titre que les syphilides et les tuberculides traduisent la syphilis et la tuberculose.

J'ai employé le mot scrofule, pour l'opposer à la tuberculose et à la syphilis ; si le mot est mauvais, je crois néanmoins que les faits constatés n'en sont pas moins vrais et vraisemblables.

M. GALEZOWSKI. — Je ne puis pas m'associer à l'opinion émise par M. Gastou, qu'une affection qui n'a pas aucun signe de tuberculose doit être plutôt rapportée à la scrofulide. Or qu'est-ce que la scrofulose ? Déjà à la dernière séance j'ai soulevé cette question de la scrofulide dans la pathogénie oculaire, et j'ai cherché à démontrer qu'il n'y a pas de scrofulide, car cela ne signifie rien. Là où on a décrit des altérations scrofulieuses des yeux, j'ai trouvé, soit de la syphilis héréditaire, soit de la tuberculose, soit deux causes constitutionnelles réunies ensemble : syphilis et tuberculose réunies.

Dans d'autres cas il y a d'autres causes, telles que herpès fébrile ou autre.

Ainsi pour me résumer, je dirai que là où on trouve des lésions trop peu précises et qu'on ne connaît pas la cause, il faut chercher soit tuberculose, soit syphilis héréditaire en deuxième et même troisième génération ou encore plus éloignées. M. Fournier a montré combien il importe de chercher la syphilis héréditaire là où on rapportait la maladie à la scrofule. Je ne saurais trop répéter qu'il n'y a pas de scrofule ni dans la pathologie oculaire, ni dans d'autres parties du corps.

M. HALLOPEAU. — Je suis d'accord avec M. Gastou lorsqu'il attribue à ces éruptions une origine toxi-infectieuse, mais les appeler *scrofulides* serait revenir en arrière, car elles sont, selon toute vraisemblance, de nature tuberculeuse ; j'ai pu, en effet, trouver des signes de tuberculose dans tous les cas que j'ai observés. Si elles sont dues à l'action de toxines transportées loin de leur foyer d'origine, il n'est pas surprenant que leur inoculation ne donne aucun résultat et que l'on n'y trouve pas de bacilles.

M. VÉRITÉ. — Les mots arthritide, scrofulide peuvent être conservés en leur réservant une valeur d'attente.

M. BROCC. — Sans m'inscrire en faux nullement contre la théorie des tuberculides qui peut fort bien être vraie, je ferai observer à M. Hallopeau que le rôle des toxines dans le cas particulier n'est pas démontré expérimentalement et nous avons le droit de le considérer comme hypothétique.

M. DARIER. — Il est parfaitement exact que le mot *tuberculide* n'ajoute rien à nos connaissances sur les affections qu'il m'a semblé pouvoir grouper en leur donnant une étiquette commune. Mais il faut bien trouver un mot pour exprimer une idée qu'il peut être utile de rendre avec précision. Or le mot *scrofulide* est démonétisé, et n'a plus aucune signification nette. Je préfère celui de *tuberculide* qu'on peut définir en le proposant. Il a l'avantage de spécifier des rapports avec la tuberculose qui ne sont pas douteux.

M. HALLOPEAU. — L'intervention des toxines est tellement vraisemblable qu'elle approche de la certitude : comme nous l'avons montré maintes fois, elle rend compte de tous les faits et peut seule les expliquer ; elle a d'ailleurs sa démonstration dans les inoculations de tuberculine ; faut-il rappeler que Schweninger et Buzzi les ont vues provoquer une éruption de lichen *scrofulorum* ?

M. BROCC. — Mais si les malades n'ont pas constamment une tuberculose viscérale, on ne peut admettre un rapport nécessaire des lésions cutanées et de la tuberculose.

M. HALLOPEAU. — La tuberculose est évidente neuf fois sur dix ; ne peut-on admettre qu'elle soit latente dans le dixième cas ? C'est là un fait banal dans l'histoire de la maladie.

#### Lichen circonscrit simple sans lichénification.

Par M. DANLOS.

Homme de 20 ans, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires. L'affection a débuté il y a huit mois par des démangeaisons très vives au niveau de l'omoplate droite. Quinze jours plus tard, le malade s'examinant pour la première fois, remarqua une plaque éruptive grande comme une pièce de cinq francs. Depuis, le prurit a persisté et le placard a grandi en conservant son apparence primitive. Aujourd'hui c'est une plaque grande comme la main, bien limitée à sa partie interne, mais projetant en dehors des irradiations un peu diffuses vers l'aisselle et sur le bras. La surface est de teinte bistre et d'aspect chagriné à gros grains. Cette apparence résulte de l'existence d'une multitude de papules arrondies, hémisphériques, de la grosseur d'un grain de millet, siégeant au niveau des follicules pilosébacés (petit orifice au sommet). Ces papules absolument cohérentes, constituent par leur réunion la plaque éruptive. Malgré l'ancienneté du mal, nulle part, pas même au centre, elles n'ont fusionné pour constituer une plaque de lichénification, la peau est simplement un peu épaissie, mais sans quadrillage, et c'est là le caractère le plus

saillant qui distingue ce fait des cas ordinaires. Aucune lésion de grattage, rien sur les muqueuses, apparence un peu lymphatique, mais santé générale excellente.

Le prurit a un peu diminué depuis que le malade a été mis à l'usage de l'arsenic (arséniate de soude). L'affection semble en voie de régression.

### Lichen annulaire ?

Par M. DANLOS,

Malade âgée de 46 ans, extrêmement nerveuse, sans hystérie proprement dite, mobile, inquiète, bizarre ; deux tentatives de suicide.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort tuberculeux à 69 ans, une sœur tabétique.

*Antécédents personnels.* — Incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de quatorze ans. Deux fausses couches à 21 et 24 ans. Pas de syphilis. Menstruation régulière. Quelques attaques d'urticaire. Prurit cutané sans éruption ayant duré plusieurs mois, et disparu longtemps avant l'éruption actuelle. Toux sèche depuis plusieurs années ; aucun signe physique ou rationnel de tuberculose.

Il y a deux mois, quelques jours après la fin de ses règles, la malade fut prise de malaise général, fièvre, frissons (grippe ?). C'est au décours de cette indisposition que sont apparues sur les genoux les premières traces de l'affection actuelle. Depuis, l'éruption a lentement augmenté sans douleur ni prurit.

Aujourd'hui elle occupe d'une manière presque exclusive les membres, principalement du côté de l'extension, maximum comme dans le psoriasis aux coudes et aux genoux, plis de flexion respectés. Mains, pieds, face, tronc absolument intacts, rien sur les muqueuses ; cependant depuis deux jours un peu de blépharo-conjonctivite à droite.

La lésion élémentaire est au début une petite papule plate, dure et saillante, d'un rouge vif. Assez rapidement la papule grandit, s'étale et simultanément se déprime au sommet qui se décolore. Cette apparence est déjà très nette sur les éléments plus petits qu'une lentille. Ultérieurement la papule continuant à s'élargir devient un anneau grand comme une pièce de cinquante centimes ou d'un franc (coudes, bras), pouvant même présenter aux genoux quatre à cinq centimètres de diamètre. Cet anneau, parfaitement circulaire sur les éléments isolés, fait un relief très appréciable au-dessus de la peau voisine ; son épaisseur n'est guère que de deux à trois millimètres, sa consistance est ferme, sa couleur d'un rouge assez vif, sa surface lisse ne porte aucune trace de squames. La partie de tégument incluse dans l'anneau semble déprimée (niveau de la peau saine). Au début elle est couverte d'un épiderme plissé desséché, brunâtre, qui ne tarde pas à s'exfolier en petites écailles. L'exfoliation terminée, la peau sous-jacente paraît sur certains éléments finement quadrillée, sa

teinte est d'un blanc sale légèrement bistrée. On peut même se demander s'il ne se fait pas sur quelques points des macules très légèrement atrophiques. Quand on cherche à hâter l'exfoliation des plaques par le grattage, celui-ci semble douloureux (nervosisme ?) Sur les genoux et les coudes, certains éléments prennent par confluence des contours polycycliques. L'évolution d'une plaque isolée semble demander trois à quatre semaines. Quant à celle de la malade, elle ne semble pas encore enrayée, car depuis quelques jours la malade dit avoir remarqué de nouvelles papules sur les jambes. L'éruption ne détermine aucune sensation morbide. Pas de prurit. A part l'état nerveux, la santé général est bonne.

Une pommade résorcinée au vingtième a déterminé sur les anneaux, dès la première application, une modification de la couleur (passage au brun jaunâtre), un affaissement léger et surtout un quadrillage des plus nets.

#### Quelle est la nature de cette éruption ?

Au début, ayant cru remarquer quelques macules atrophiques, nous avons pensé à un *lupus érythémateux* disséminé ; mais l'absence d'un seul élément vraiment lupique, l'immunité de la face et des extrémités nous ont conduit à rejeter absolument cette hypothèse. La *syphilis* ne peut être incriminée, car à défaut d'aveux ou d'antécédents, avec une éruption aussi étendue, on aurait affaire à une syphilis récente, et l'examen des parties génitales, des aines, de la bouche et de la face n'aurait pas été négatif. Un *psoriasis annulaire* aurait présenté des squames sur l'anneau érythémateux, celui-ci aurait en outre une plus grande épaisseur, et la partie incluse n'aurait pas montré cette exfoliation tardive suivie d'un fin quadrillage, avec teinte bistrée et macules pseudo-atrophiques. L'*érythème multi-forme variété circinée* différerait par l'évolution et aussi par le siège (extrémités respectées). On aurait pu songer, la malade ayant fait usage du bromure, à une éruption médicamenteuse ; mais l'apparition presque continue de nouveaux éléments éruptifs en dehors de toute médication est contraire à cette hypothèse. En tenant compte de ce fait que la lésion originelle est très nettement une papule, que plusieurs éléments prennent dans leur décours un aspect quadrillé et une teinte légèrement pigmentée, nous serions assez disposé à faire rentrer ce cas dans le groupe des *lichens*, sans méconnaître qu'il ne paraît avoir qu'une analogie éloignée avec les formes aujourd'hui admises. (Moulage au musée.)

#### **Psoriasis traité par l'acide cacodylique.**

Par M. DANLOS.

X..., garçon marchand de vins, 21 ans, de bonne santé habituelle, sans

antécédents morbides personnels ou héréditaires. Entré à l'hôpital dans les premiers jours de novembre, pour un psoriasis qui a débuté il y a deux ans par les jambes et s'est graduellement généralisé. Maximum de l'éruption aux lieux d'élection et à la tête. Il n'a été fait aucune application externe, sauf quelques bains de propreté et deux onctions de vaseline faites par erreur. La médication a consisté exclusivement dans l'administration de doses croissantes d'acide cacodylique neutralisé. Sous cette influence le psoriasis est entré graduellement en régression, et depuis un mois l'éruption ancienne n'existe plus qu'à l'état de traces maculeuses à peine visibles. Une poussée secondaire développée au cours du traitement est restée très discrète, mais s'est montrée plus rebelle que la première ; aujourd'hui elle se voit sous forme de taches couvertes d'écailles nacrées presque dépourvues de base congestive. Du 7 au 18 novembre l'acide cacodylique a été administré en injections hypodermiques au centième, à la dose quotidienne de 15 centigrammes. Du 22 novembre au 29 janvier la dose a été portée d'abord à 30, puis 40, 50 et 60 centigrammes. Comme il était impossible d'administrer de pareilles quantités en injections hypodermiques, le médicament a été pris sous forme pilulaire (acide cacodylique cinq centigrammes, extrait de gentiane 10 centigrammes par pilule). Enfin depuis le 3 février jusqu'au jour de la présentation, le malade a pris en potion, alcoolisée et menthée pour masquer le goût de la préparation, 75 centigrammes d'acide par jour. L'acide cacodylique renfermant plus de 54 p. 100 d'arsenic, ces doses évaluées en arséniate de soude représenteraient un minimum de 34 centigram. et un maximum d'un gramme 687 milligram. par jour. Malgré toute vraisemblance, ces quantités ont été parfaitement supportées. Il n'y a eu ni malaise général ni trouble gastrique ou nerveux, ni pigmentation ou kératose de la peau. Le seul inconvénient de la médication a été une odeur alliée de l'haleine, perceptible surtout quand le malade prenait des pilules, et plus désagréable pour les voisins que pour le patient lui-même. Cette odeur alliée ne se retrouvait pas dans l'urine.

Un autre malade psoriasique, soumis à la même médication, à dose un peu moindre (maximum 50 centigr.), a quitté le service pour aller dans son pays tirer au sort, après six semaines de traitement purement interne, en état de guérison presque complète. Chez lui comme chez le précédent, c'est d'abord au cuir chevelu que l'amélioration a été perceptible, et elle a porté beaucoup plus rapidement sur la base congestive de la plaque psoriasique que sur l'élément exfoliation. Chez ce malade aussi, le seul inconvénient a été l'odeur alliée de l'haleine ; elle était même beaucoup plus prononcée que chez le premier.

L'intérêt de cette communication est moins dans le fait de la guérison de ces deux cas de psoriasis, guérison qui pourrait à la rigueur être de pure coïncidence, que dans la démonstration du peu de toxicité de l'acide cacodylique, malgré sa richesse en arsenic ; fait sur lequel j'ai déjà appelé l'attention dans une communication antérieure et que j'ai eu occasion de vérifier plusieurs fois.



**Note sur un nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées.**

Par M. HALLOPEAU.

Nous nous sommes efforcé d'établir, dans une communication faite en commun avec M. Schröder, que les caractères objectifs du lichen plan buccal permettent d'en faire le diagnostic en l'absence de toute altération cutanée concomitante ; le fait que nous avons l'honneur de signaler aujourd'hui à la Société vient confirmer cette manière de voir, car on y retrouve les mêmes caractères, que nous considérons comme pathognomoniques, des lésions buccales en même temps qu'une éruption typique de lichen plan sur les membres et sur le tronc.

L'histoire de la malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Antoinette H..., âgée de 29 ans, a constaté, il y a plusieurs mois, la présence d'une éruption très peu abondante sur diverses parties de son corps : elle a persisté, depuis lors, sans se modifier notablement ; sur le dos de la main droite, on voit une papule de lichen nettement caractérisée par son aspect brillant et ses contours polygonaux, ses stries opalines et ses dépressions ponctiformes ; sur la région abdominale, à gauche, près de la ligne médiane, au-dessus du nombril, on trouve un petit groupe d'éléments semblables ; de même des plaques typiques de lichen plan existent dans les creux poplités ; il n'y en a qu'une à droite et deux dont une très petite à gauche ; l'éruption cutanée est donc remarquablement discrète.

La muqueuse buccale est plus intéressée : sur le dos de la langue, dans sa moitié gauche, tout près de la ligne médiane, se détache une large plaque ovale, dont l'aspect rappelle tout à fait celui d'un pain à cacheter ; elle mesure environ 1 centim. et demi d'avant en arrière sur 8 millim. dans son plus grand diamètre ; sa couleur est blanche, mais mate, non nacrée ; elle est surmontée, par places, de papilles qui ont gardé la couleur jaune brunâtre qu'elles présentent sur les parties voisines de la langue ; sur une petite partie seulement de cette plaque, on voit ces saillies échappées à la dépapillation ; la plaque présente, dans sa partie médiane, une légère dépression, sous forme d'un petit sillon légèrement flexueux ; il est entouré d'un petit nombre de végétations blanches miliaires : la plaque est légèrement surélevée ; elle est limitée par un rebord net où la couleur blanche fait place à une mince zone érythémateuse ; dans son ensemble, elle est résistante au toucher. Sur le dos de la moitié droite de la langue, existe une plaque de même couleur, mais mesurant seulement les dimensions d'un grain de chènevis. A la partie interne de la joue gauche, dans l'espace intermaxillaire, au niveau des premières grosses molaires, on note la présence d'un groupe de plaques blanchâtres, arrondies ou allongées d'avant en arrière ; elles ne forment pas de saillie appréciable ; elles sont constituées surtout par des stries anastomosées qui, en certains



points, deviennent confluentes et donnent ainsi à la surface de la plaque un aspect uniforme ; sur d'autres plaques, elles irradient d'un point central vers la périphérie, figurant ainsi une étoile ; d'autres enfin sont ponctiformes et un peu saillantes ; une de ces saillies est entourée, à distance, d'une strie annulaire. Sur la muqueuse de la joue droite, les altérations sont moins avancées : les dimensions des saillies blanchâtres ne dépassent guère celles d'un grain de chènevis.

*L'éruption buccale est absolument indolente, comme il est de règle en pareil cas.*

Sur la surface cutanée, les lésions des creux poplités seules sont légèrement prurigineuses ; la malade éprouve en outre, les jours qui précèdent les règles, des sensations prurigineuses qui se localisent surtout dans le haut des bras et ne semblent avoir rien à faire avec le lichen.

Les lésions buccales chez cette femme, sont tout à fait semblables à celles que nous avons notées chez le malade que nous avons présenté avec M. Schröder : ce sont, sur le dos de la langue, les mêmes placards d'un blanc mat, offrant l'aspect de pains à cacheter blancs, et, sur la face interne des joues, les mêmes plaques constituées exclusivement par des stries opalines, isolées ou confluentes ; mais, tandis que, chez notre premier malade, il n'y avait d'autre altération cutanée concomitante qu'une plaque douteuse sur le gland, nous avons ici au contraire des manifestations typiques, bien que très peu abondantes, en différentes parties du corps. Nous persistons à considérer ces lésions buccales comme pathognomoniques ; nous ajouterons même que *les plaques en pains à cacheter sont, contrairement à notre première impression, d'une valeur égale à celle des plaques striées* ; ce sont elles, en effet, qui, lorsque nous avons invité la malade à ouvrir la bouche, nous ont fait de suite penser qu'il s'agissait d'un lichen de Wilson ; elles diffèrent des plaques de leucoplasie par l'absence des reflets nacrés et la forme régulièrement ovale qu'elles présentent, ainsi que par l'absence des sillons quadrillés ; elles diffèrent des plaques muqueuses par l'absence de tout processus ulcéreux, par leur coloration d'un blanc mat, par les petites végétations miliaires opalines et dures que l'on remarque à leur surface, par leur persistance pendant des mois sans se modifier. Pour ce qui est des plaques des joues, nous ne reviendrons pas sur la signification décisive qu'offrent, au point de vue du diagnostic, les stries diversement disposées qui les constituent.

Nous signalerons de nouveau, comme un argument contre la théorie tropho-névrotique, l'absence de toute sensation anormale dans la cavité buccale.

Les faits que nous venons d'exposer viennent confirmer les conclusions formulées dans notre communication avec M. Schröder ; ils permettent d'y ajouter que *les plaques en pains à cacheter caractérisent aussi nettement que les plaques striées le lichen plan buccal et qu'elles suffisent à en assurer le diagnostic.*

**Sur un érythème provoqué par l'ichthyol au pourtour de placards d'eczéma avec persistance d'une zone décolorée en leur voisinage immédiat.**

Par MM. H. HALLOPEAU et WEIL.

L'un de nous a communiqué, en 1881, à la Société de biologie, sous le titre de : *Note sur l'interprétation physiologique d'un érythème artificiel*, un travail dans lequel il a établi que, dans l'aréole provoquée autour de plaques de psoriasis par les frictions sur ces plaques avec une pommade pyrogallique à 1/10, il reste à leur voisinage une zone décolorée; celle-ci dessinait un cercle parfait quand la plaque était nummulaire ou circonscrite; dans ce dernier cas, on voyait dans l'aire circonscrite par la lésion, un second cercle qui lui était concentrique et en était également séparé par un intervalle non coloré.

Le fait que nous avons l'honneur de vous signaler aujourd'hui montre que des phénomènes identiques peuvent être provoqués par une légère pommade à l'ichthyol autour de placards d'eczéma.

Notre observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

S..., âgé de 52 ans, est soigné depuis quatre mois dans notre service pour un eczéma nummulaire distribué sur toute la surface du corps avec de larges intervalles de peau saine; il a été traité successivement, sans grand succès, par les pommades à l'oxyde de zinc salicylé, et plus tard par celle à l'huile de cade suivant la formule de Veiel; ces applications ont été d'ailleurs bien supportées.

Le 22 janvier, une couche légère d'une pommade contenant 1 p. 100 d'ichthyol incorporé dans de la vaseline est étendue sur chacun des placards; le lendemain ce même topique est de nouveau appliqué; le troisième jour, une réaction vive se produit, les placards eczémateux ont pris une couleur d'un rouge vif en même temps qu'ils sont devenus douloureux; la même rougeur a envahi les intervalles de peau saine, bien qu'ils n'aient pas été directement soumis à l'action du médicament; la peau cependant reste décolorée dans des zones d'environ 5 millim. de diamètre autour de chaque placard; depuis lors, ces phénomènes se sont atténués, mais ils sont encore nettement appréciables sur le tronc.

Ce fait nous paraît digne d'intérêt à deux points de vue : il montre, d'une part, que l'ichthyol, généralement bien toléré par le tégument externe à doses énormes (jusqu'à 50 p. 100), peut, chez un sujet prédisposé, provoquer, à dose minime (1/100), la même coloration érythémateuse au niveau des parties malades sur lesquelles elle est appliquée et aussi sur les parties saines qui les séparent, comme le font les pommades pyrogalliques et chrysophaniques; d'autre part, que les plaques d'eczéma se comportent à cet égard comme celles de

psoriasis, en ce sens qu'elles empêchent, comme elles, la coloration érythémateuse de se produire dans leur voisinage immédiat, de telle sorte que chacune d'elles reste entourée d'une zone décolorée. Selon toute vraisemblance, l'excitation, par l'inflammation eczémateuse, des terminaisons sensibles exerce sur les vaso-moteurs de la zone périphérique une action qui les empêche de prendre part à la vasodilatation, soit qu'elle excite les vaso-constricteurs, soit qu'elle exerce une inhibition sur l'action vaso-dilatatrice.

Pour ce qui est de l'interprétation physiologique de ces érythèmes médicamenteux, l'un de nous a invoqué antérieurement l'excitation réflexe des vaso-dilatateurs ; nous croyons aujourd'hui devoir admettre surtout une excitation de ces nerfs par le médicament résorbé, en même temps qu'une idiosyncrasie de nature indéterminée impliquant une intensité anormale dans la mise en jeu de ces actions vaso-dilatatrices.

---

**Syphilis sénile. Exostoses extrêmement multipliées. Polyarthrites spécifiques. Subluxation des deux tibias en arrière sur les fémurs. Amyotrophie considérable. Cachexie.**

Par M. le professeur FOURNIER.

Voici un malade, un vieillard qui a eu le malheur de contracter récemment la syphilis, et chez lequel l'affection a revêtu une forme des plus curieuses, celle d'une véritable diathèse osseuse, généralisée. Elle s'est traduite par des exostoses du métatarse, du tibia, du péroné, du métacarpien, du radius, de l'os frontal. Simultanément se sont développés de graves troubles articulaires, une amyotrophie, qui pour M. Gilles de la Tourette offre les caractères d'une atrophie myélopathique, et un état de cachexie profonde.

Je dois dire que le traitement exerce chez ce malade une action des plus manifestes. Il ne pouvait marcher à son entrée, et maintenant il fait quelques pas. Déjà les exostoses ont diminué de volume.

(Observation recueillie par M. LESNÉ, interne du service.)

M..., 63 ans, cantonnier, entre salle Saint-Louis le 30 janvier 1897, où il occupe le lit n° 2.

Cet homme n'a jamais été malade avant 1894 ; dans le cours de cette année (il y a donc deux ans et demi) il a été traité à Ricord pour un chancre syphilitique de la verge.

Le traitement (pilules, sirop et piqûres) n'a été régulièrement suivi qu'un temps assez court. Au mois d'août 1896, le malade entre à Beaujon pour une « tumeur » occupant la partie latérale droite du front ; incision, suture et sortie quarante jours après.

Il reprend alors son travail, mais est bientôt obligé de l'interrompre; car il souffre des genoux et du talon droit. Un abcès (?) se serait alors formé à ce niveau. Il retourne se faire traiter à Beaujon et reste à l'hôpital trois mois et demi.

Il y a dix jours, il va consulter au même hôpital et est envoyé à Saint-Louis pour exostoses multiples et cachexie.

Et, de fait, ce qui frappe tout d'abord c'est l'état *cachectique* du malade: le teint est plombé, le regard atone, l'amaigrissement extrême et généralisé, les masses musculaires sont molles et très diminuées de volume. Aussi la marche est-elle impossible, les jambes fléchissent sous le poids du corps.

Ce qu'on remarque aussi, ce sont des altérations ostéo-articulaires généralisées.

Ces accidents auraient débuté au mois d'août 1896 par le membre supérieur droit, et auraient frappé ensuite (septembre, octobre et novembre) les membres inférieurs. C'est depuis cette époque que la marche est impossible.

Le pied droit est augmenté de volume, œdématié. Tout le métatarse est hypertrophié, et il existe une exostose volumineuse au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien.

Des lésions semblables existent à gauche, mais moins marquées.

Deux exostoses sur le tibia droit, l'une à la partie inférieure et l'autre à l'union des 1/3 moyen et supérieur (bord antérieur et face interne). La tête des deux péronés est hypertrophiée. Exostose nouvelle à la partie moyenne du tibia gauche (bord antérieur et face interne).

Vers les mois de septembre, octobre, les deux genoux ont été gros et douloureux. Cette douleur était si vive que le malade la compare à une brûlure par des charbons enflammés.

Il y a actuellement une *subluxation bilatérale du tibia* en arrière, très marquée à gauche, un peu moins accentuée à droite.

Les extrémités fémorale et tibiale sont hypertrophiées; le genou gauche est encore volumineux, mais indolore, et il y a de l'empâtement, de l'induration profonde de la face antérieure de l'articulation, de chaque côté de la rotule.

Les fémurs sont normaux.

Du côté des membres supérieurs les altérations sont aussi très marquées.

La main droite est épaissie, les deuxième et troisième métacarpiens sont hypertrophiés en totalité et présentent une hyperostose au niveau de leur extrémité inférieure. La face dorsale de cette main présente un empâtement diffus, dû probablement, outre les altérations périostées, à un épaississement des gaines des extenseurs; en effet, les mouvements spontanés d'extension de l'index et du médus sont difficiles. Quant aux mouvements de flexion de ces mêmes doigts, ils sont très peu étendus, car les articulations des phalanges sont presque ankylosées, soit du fait de l'inactivité des doigts, soit par arthrite spécifique.

Ces mêmes mouvements de flexion provoqués sont douloureux et amènent des craquements dans les articulations des phalanges.

Au niveau de son extrémité inférieure et le long de son bord interne, le cubitus droit présente deux nouvelles exostoses.

Il y en a une aussi au niveau de l'insertion deltoïdienne sur l'humérus de ce côté, et en ce point, on rencontre une petite tumeur fibro-cartilagineuse sous-cutanée, légèrement adhérente à la peau.

Exostose du radius gauche, à l'union des 1/3 inférieur et moyen, remontrant seulement à un mois, douloureuse au palper, et enfin exostose de l'humérus gauche semblable à celle du côté droit.

La partie droite du frontal présente une cicatrice au-dessous de laquelle l'os est déprimé. De chaque côté, au-dessus des bosses pariétales, on sent deux saillies longitudinales, irrégulières, osseuses, courbes en bas, presque symétriques, et qui ne correspondent pas à une suture.

En dehors de ces lésions ostéo-articulaires le malade ne présente rien dans la bouche, et n'a pas d'adénopathie cervicale. Il porte sur le côté gauche du cou une lésion large comme une pièce de 50 centimes, squameuse, parcheminée à sa base, syphilitique d'aspect.

La peau est pigmentée, squameuse par places, lisse en d'autres points.

La température est normale.

La langue est saburrale, l'inappétence marquée; le foie et la rate ont leur volume normal.

L'auscultation du poumon révèle quelques râles muqueux disséminés et sous-crépitaux fins aux deux bases.

Les artères sont dures, sinueuses, les battements cardiaques réguliers, le second temps seul est clangoreux à la base.

Les urines sont émises en quantité normale, et ne contiennent ni albumine, ni sucre; cependant le malade présente de la pollakiurie et pisse plusieurs fois dans la nuit.

On institue dès le lendemain de l'entrée le traitement suivant : KI 2 gr. par jour.

Une injection de 0 gr. 03 de calomel par semaine.

Potion de Todd.

8 février. L'état général s'est déjà amélioré, le malade a de l'appétit et commence à marcher, les exostoses diminuent.

---

**Nouvel exemple de stomatite intense et tardive compliquée d'hématémèses et de méléænas à la suite d'injections de mercure insoluble. Tuberculose pulmonaire finale.**

Par M. ALEX. RENAULT.

Messieurs, vous avez sans nul doute très présente à l'esprit l'histoire de la campagne menée, par plusieurs de nos collègues les plus distingués de cette société, à la fin de l'année 1895, et dans les premiers mois de 1896, en faveur du traitement de la syphilis par les injections de mercure insoluble. Les communications d'alors ont permis de

constater l'existence de deux camps, nettement tranchés ; dans l'un, les partisans convaincus des sels insolubles, ordonnés en principe contre la syphilis, tels que MM. Feulard, Le Pileur, Thibierge et Jullien ; dans l'autre, je ne dirai pas les adversaires, et encore moins les détracteurs, mais, si je puis m'exprimer ainsi, les opportunistes de cette médication, représentés par MM. Fournier, Mauriac, Besnier, Barthélemy, Verchère et Portalier.

La discussion, très intéressante d'ailleurs, n'aboutit pas et ne pouvait aboutir à des conclusions fermes. La question était et est encore à l'heure actuelle trop nouvelle, à telle enseigne que notre honoré président, M. Besnier, souhaitant une enquête plus longue et plus approfondie, ne crut pas devoir appuyer la proposition de M. Brocq, tendant à la nomination d'une commission chargée d'éclairer les praticiens et de rédiger à leur intention une sorte de code des injections de mercure insoluble.

J'estime donc que le devoir de chacun de nous est d'apporter ici les faits, tant favorables que défavorables, qui permettront à un moment donné, soit de généraliser définitivement la méthode, soit au contraire de la restreindre à des cas spéciaux que la pratique apprendra à préciser.

Conformément à ce programme, j'ai eu l'honneur de vous lire, à la séance du 12 avril 1894, de la Société dermatologique, une observation de stomatite mercurielle, extrêmement intense, survenue plus d'un mois après une dernière injection d'huile grise.

Permettez-moi de vous en rapporter une seconde, plus grave encore que la précédente par sa persistance et surtout par les accidents qui l'ont accompagnée et suivie (1).

C. R..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Broca, salle Fracastor, B, le 1<sup>er</sup> juillet 1896. C'est une fille vigoureusement constituée.

*Antécédents héréditaires.* — Nuls.

*Antécédents personnels.* — Dans l'enfance, aucun signe de scrofulo-tuberculose. Chez notre malade, cette particularité a de l'importance.

Réglée à 12 ans ; depuis cette date les époques ont toujours été régulières.

Grossesse à 16 ans ; présentation par le siège et enfant mort-né.

Peu de temps après cet accouchement, la malade vient une première fois à l'hôpital Broca se faire soigner d'une métrite-salpingite ; elle sort au bout de quelques semaines très améliorée.

En 1895, au mois de juillet, R... prend la syphilis :

Chancre, syphilides papulo-érosives confluentes à la vulve, papules à la paume des mains, croûtelles au cuir chevelu, alopecie, syphilides palatines et amygdaliennes, céphalée violente, rien n'y manque. Le larynx même

(1) Observation, recueillie par M. MANNONI, externe du service.

n'est pas épargné et la voix, rauque d'abord, s'éteint bientôt à peu près complètement.

C'est alors qu'elle va trouver un de nos collègues de Saint-Lazare, M. le Dr Le Pileur, qui fait en un mois quatre injections d'huile grise, une par semaine.

Résultat excellent : après la 4<sup>e</sup> injection, la voix est revenue et les autres accidents se sont complètement effacés.

Néanmoins, peu reconnaissante envers son médecin et suivant le conseil d'une de ses amies, la malade, quoiqu'indemne d'accidents, s'adresse à un autre chef de service de Saint-Lazare, M. le Dr Chéron, qui, dans un but vraisemblablement préventif, pratique pendant quatre mois une injection de calomel par semaine.

Au cours de ce traitement, d'après la malade, les ongles des doigts et des orteils se fendillent.

Elle retourne alors chez M. Le Pileur, qui croit utile de revenir aux injections d'huile grise et en fait une nouvelle série de quatre, à raison d'une par semaine, la dernière vers le 15 mai 1896.

Le fendillement des ongles s'arrête et la malade, complètement débarrassée de ses accidents, se sentant d'ailleurs très bien, cesse tout traitement.

Le 1<sup>er</sup> juillet, C. R... entre à l'hôpital Broca, accusant des douleurs très vives dans l'abdomen, douleurs, dit-elle, qui persistent depuis 12 jours environ.

Le surlendemain survient une métrorrhagie abondante, accompagnée de gros caillots. La perte continue pendant quelques jours et les douleurs se calment.

Le 4, c'est-à-dire plus d'un mois et demi après la dernière injection d'huile grise, la malade se plaint de souffrir de la bouche.

En examinant la cavité buccale, on découvre des plaques blanc grisâtre, multiples, tapissant les gencives, le voile du palais, la langue et s'étendant même jusqu'à l'isthme du gosier.

C'était le début d'une stomatite effroyable, dont je ne m'attarderai pas à vous décrire les symptômes, que vous connaissez mieux que moi.

Je vous demande seulement la permission de signaler quelques particularités, qui feront mieux comprendre les troubles graves de la santé, advenus au moment de la convalescence.

D'abord, il y avait une telle constriction des mâchoires, que la malade pouvait à peine desserrer les dents.

La langue, collée contre le plancher de la bouche, était absolument immobile, d'où impossibilité d'articuler les mots et de communiquer ses impressions autrement que par des signes de détresse.

Il était aisé de comprendre, aux contorsions du visage et à la position des mains, appliquées le long des tempes, que des douleurs insupportables, nées de la gorge, irradiaient vers les oreilles.

Ai-je besoin d'ajouter que la déglutition presque impossible ne permettait à la malade d'avaler que quelques gorgées de lait avec la plus extrême difficulté.

Aussi l'amaigrissement et la faiblesse ne tardèrent-ils pas à prendre des proportions inquiétantes.



Pendant quinze jours, l'état persista à ce degré de gravité malgré la médication la plus active. Il n'est même pas inutile de faire remarquer le faible pouvoir de nos moyens d'action, quand la stomatite atteint pareille intensité.

C'est le 19 que la malade sentit une amélioration. Les mâchoires commencèrent à s'écarter un peu l'une de l'autre ; la langue put se mouvoir légèrement, et l'articulation de quelques mots, s'accomplir ; en même temps, la salivation était moins abondante et l'état général meilleur.

L'examen de la cavité buccale, presque impossible auparavant, permettait de constater des détritres blanc grisâtre, recouvrant la langue, le voile du palais, les amygdales et même le fond de la gorge.

Cet amendement des symptômes faisait espérer une guérison prochaine, lorsque le lendemain, 20 juillet, C. R..., qui, les jours précédents, avait eu déjà quelques hématomèses légères, éprouve des douleurs très vives dans l'estomac et les entrailles et remplit, en allant à la garde-robe, environ deux vases de sang.

Le poulx devient misérable, la pâleur extrême et la malade perd trois fois connaissance dans la même journée.

Le 21. Nouveau melæna, moins abondant heureusement que la veille.

Les jours suivants, le sang ne reparait plus dans les selles ; la malade reprend quelques forces, en même temps que s'améliore l'état de la bouche et que l'appétit renaît. Fâcheusement, l'alimentation continue à être très difficile et, partant, insuffisante. R... ne peut ingérer que du lait et des panades.

Le 24. Elle est prise de fièvre ; la température s'élève le soir à 38°,5 et atteint graduellement, le 30 juillet, le chiffre de 39°,7. En même temps, sueurs profuses pendant la nuit, toux sèche, presque continue ; amaigrissement prononcé. En auscultant la poitrine, on perçoit à droite et au sommet une expiration prolongée et légèrement soufflante.

Pendant le mois d'août, les signes de la stomatite s'effacent peu à peu ; la bouche se déterge ; la salivation disparaît ; la parole redevient facile. L'état général s'amende également.

Le 1<sup>er</sup> septembre, la malade quitte l'hôpital, guérie de sa stomatite, mais conservant ses lésions pulmonaires.

J'ai eu l'occasion de la revoir au mois de novembre ; elle a engraisé et repris des forces. La phlegmasie buccale n'a pas laissé de traces. Mais au sommet du poumon droit, on perçoit, surtout par la toux, de petits craquements secs, qui indiquent une tuberculose en puissance.

Il est difficile de ne pas rattacher à une seule et même cause les accidents redoutables qui se sont déroulés chez notre malade. Au premier acte de ce drame morbide, nous voyons la stomatite ; au second, les hémorragies gastro-intestinales ; au dernier, la tuberculose.

Pourra-t-on objecter que la phlegmasie buccale a été la résultante de conditions défectueuses, suffisantes pour faire exclure d'emblée l'emploi des injections mercurielles, à savoir : gencives en mauvais

état, dents altérées, lésions organiques quelconques et principalement imperfection du filtre rénal, état cachectique enfin. Rien de tout cela ne peut être invoqué. La malade est jeune; antérieurement à la syphilis, sa santé n'avait subi aucune atteinte sérieuse. Ses urines, examinées avec soin, ne présentaient pas trace d'albumine; le foie était intact. La dépuración de l'organisme pouvait donc s'effectuer sans entrave, et il a fallu assurément la pénétration subite dans le torrent circulatoire d'une dose énorme de matière toxique pour expliquer la violence et la brusquerie des accidents.

Bref, nous nous sommes trouvé en présence d'une intoxication mercurielle aiguë. La stomatite a ouvert la scène. Puis, le poison, continuant ses effets corrosifs sur la muqueuse gastro-intestinale, a produit des ulcérations qui ont amené les hématomés et les mélânes dont nous avons été témoin.

Tous les auteurs ont signalé la production de ces pertes de substance, consécutives à des plaques gangréneuses dans l'empoisonnement aigu par le mercure. Ces lésions ont en outre été démontrées expérimentalement par MM. Pilliet et Cathelineau dans leurs recherches sur les doses minima de sels de mercure capables de causer la mort du chien. Tout dernièrement encore, dans une observation fort intéressante publiée par M. le Dr Richardière (*Union méd.* des premiers jours de décembre 1896), nous trouvons, décrites à l'autopsie, des ulcérations et des eschares multiples de l'intestin, à propos d'un empoisonnement volontaire par le sublimé.

Cette prédilection des lésions pour la portion sous-diaphragmatique du tube digestif s'explique aisément depuis que l'on connaît les recherches de Ludwig et Zillner, consignées dans *Wiener klin. Wochens.* de 1890. Ces auteurs ont en effet établi que dans l'intoxication mercurielle très rapide, la quantité la plus abondante du poison se trouve dans l'intestin grêle.

Doit-on encore rapporter au mercure les accidents pulmonaires de la fin? Cette hypothèse est parfaitement rationnelle. Notre malade est restée plus d'un mois sans pouvoir s'alimenter. Est-il surprenant après cela, malgré sa vigoureuse constitution, malgré l'absence d'antécédents tuberculeux dans sa famille, que le bacille ait envahi ses poumons. Tous les jours, nous voyons la phtisie éclater dans de pareilles conditions. L'inanition a rendu le terrain propice à la culture du microbe. Mais l'inanition doit-elle être seule invoquée, l'hydrargyre n'a-t-il pas aussi exercé son action?

M. Hallopeau nous apprend dans sa thèse d'agrégation que Mayr à Fürth et Küssmaul à Erlangen ont constaté la fréquence plus grande de la phtisie chez les ouvriers travaillant le mercure, que dans les autres classes de la population. Il ne faut pas en conclure, ajoute M. Hallopeau avec raison, que le mercure engendre directement cette maladie; il y prédispose en abaissant les forces vitales

et en diminuant la résistance à l'invasion bacillaire. Küssmaul, frappé par les accidents dyspnéiques qui éclatent parfois chez les ouvriers, fait jouer un rôle important à l'inertie des muscles respiratoires sous l'influence de l'intoxication hydrargyrique.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, le fait existe et mérite d'être signalé.

On ne saurait trop le redire, ce qui fait le danger des injections de mercure insoluble, c'est l'emménagement possible du médicament et la décharge brusque, à un moment donné, d'une dose toxique, décharge que toutes les précautions et toute l'habileté de l'opérateur ne peuvent ni prévoir, ni enrayer. Or, ce séjour dans l'organisme de l'hydrargyre peut être extrêmement long, puisque M. Jullien, un des partisans les plus autorisés de la méthode, nous apprend que Frolov, au bout de 3 ans et demi, a rencontré des nodules suintants à réaction mercurielle et que lui-même est arrivé à semblable constatation chez un lapin auquel il avait pratiqué, 18 mois auparavant, une injection calomélique.

On m'objectera sans doute, comme par le passé, que les accidents sont tout à fait exceptionnels. Je m'empresse de le reconnaître, et j'ajoute que nous sommes heureux d'avoir en main contre les syphilis malignes ou les accidents rebelles à toute autre médication, une arme qui en maintes circonstances a démontré sa supériorité, mais dont les contre-coups peuvent aussi être terribles. Hormis les cas précédents, je ne puis donc m'empêcher de protester contre l'usage de cette arme dans la très grande majorité des syphilis, rendues bénignes par le traitement interne, dans leurs symptômes et leur évolution. Si la méthode des injections insolubles entraînait dans la pratique courante, étant donné qu'elle nécessite un outillage soigné et des précautions antiseptiques importantes, on verrait à coup sûr les accidents se multiplier au grand détriment et sans bénéfice bien réel pour les malades. Car si nous en croyons la statistique de Heilmann, la seule qui ait été faite à notre connaissance sur les résultats des divers traitements mercuriels, nous voyons, en faveur des injections insolubles, une abréviation de 10 jours dans la durée des accidents. Ce léger avantage vaut-il la peine de faire courir aux malades des risques graves, tant qu'il ne sera pas prouvé que la méthode a des vertus préventives supérieures aux autres. Or, jusqu'ici les faits ne répondent malheureusement point à cette heureuse conception. Il n'est assurément personne d'entre vous qui n'ait observé des accidents graves, soit peu de temps après la cessation des injections, soit dans le cours même de leur application.

En conséquence, dans l'état actuel de la science, le terme « méthode d'exception » est celui qui convient le mieux à l'emploi des injections de mercure insoluble.

**Éruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique chez une enfant atteinte d'hydrocéphalie et de malformations multiples.**

**Suite de l'observation de l'enfant présentée à la séance de novembre 1896, par M. DU CASTEL, et continuée à la séance de décembre, par M. FEULARD.**

**Mort de l'enfant, résultats de l'autopsie, par M. MARFAN.**

M. FEULARD. — Vous vous souvenez de l'enfant qui vous fut présentée il y a deux mois et à propos de laquelle une discussion importante eut lieu sur la nature de l'éruption ano-vulvaire dont elle était atteinte, les uns tenant pour une éruption syphilitique, les autres pour une éruption syphiloïde. Je vous ai déjà rapporté comment, traitée par les moyens simples et mise à l'abri des souillures qu'entraînait l'incontinence des matières, cette éruption avait rapidement disparu des parties génitales, mais persisté à l'anus qu'il était impossible de protéger contre l'irritation.

Cette enfant a succombé dans le service de M. MARFAN, où elle avait été admise, à la suite d'accidents gangréneux, ayant débuté au niveau du spina-bifida.

M. MARFAN m'a chargé de vous transmettre les résultats de l'autopsie, qui n'a révélé chez cette fillette aucun signe viscéral de syphilis.

*Autopsie, par M. le D<sup>r</sup> MARFAN.*

*Taille, 65 centimètres. Périmètre crânien, 63 centimètres.*

*Cerveau.* Après l'ouverture du crâne, on constate qu'il n'existe pas d'hydrocéphalie extra-ventriculaire. Les circonvolutions cérébrales, flasques, molles et pâles, un peu dépliées, sont recouvertes par une pie-mère très œdémateuse (aspect légèrement gélatiniforme).

Sur la face externe de l'hémisphère gauche, à la partie supérieure du lobe pariétal, près de la scissure inter-hémisphérique, il existe une perforation, ou du moins une absence de substance cérébrale, de sorte que la pie-mère externe et l'épendyme sont adossés et soudés sous forme d'une membrane transparente; cette ouverture est ovale et ses deux diamètres sont de 4 et 3 centimètres; sur le lobe occipital du même côté, il existe une perforation semblable, ovale, avec des diamètres de 2 et 3 centimètres. On remarque que les circonvolutions ne sont point disposées en rayonnant autour du « porus ». Pourtant, il s'agit bien là d'une véritable porencéphalie et l'absence de sillons radiés tient probablement à la distension des circonvolutions par le liquide intra-ventriculaire.

Pendant qu'on étudiait les porus, la membrane qui les recouvre se rompt et il s'échappe de l'intérieur des ventricules un liquide limpide comme de l'eau de roche que l'on recueille dans une cuvette; sa quantité est éva-

luée à 1 litre et demi. Il y a une hydrocéphalie intra-ventriculaire énorme ; les ventricules sont transformés en une vaste poche limitée par le parenchyme cérébral réduit à une lame très mince, de 1/2 centimètre d'épaisseur seulement vers la convexité des hémisphères. La surface de la cavité est blanche, pâle, lisse. Les plexus choroïdes sont pâles, amincis, très adhérents. Aucune lésion appréciable des noyaux optostriés, du corps pituitaire, du chiasma des nerfs optiques, des diverses parties de la base.

*Rachis et moelle.* La peau est gangrenée au niveau du spina-bifida, si bien que la dissection des enveloppes est impossible. Cependant on constate qu'une partie des nerfs de la queue de cheval s'épanouit sur les parois de la poche du spina-bifida, tandis que l'autre partie reste dans le canal rachidien.

Le spina-bifida occupe la région lombaire et la partie inférieure du sacrum ; il y a à ce niveau absence des arcs vertébraux.

La moelle ne présente aucune altération visible à l'œil nu.

L'examen histologique est confié à M. Philippe.

*Thorax.* — Pas de tuberculose. Un petit foyer de broncho-pneumonie à la base du poumon gauche. Dans les bronchioles de la base du poumon droit, un peu de pus.

Le cœur est intact.

*Foie.* Le foie a un volume normal. A la coupe, le parenchyme présente un peu l'aspect muscade ; il a une teinte rosée avec îlots blanc jaunâtre. En aucun point on ne trouve la teinte silex. La consistance est un peu molle. Pas de nodules blancs ; pas de gommages. Pas de dégénérescence amyloïde.

*Rate.* La rate est petite, un peu indurée, d'une teinte rouge pâle, avec de petites taches hémorragiques. Pas de dégénérescence amyloïde.

*Reins.* Les reins sont gros, ont une substance corticale très blanche, mais leur capsule se décortique facilement.

L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ne présentent pas de lésions visibles à l'œil nu.

#### **Acanthosis nigricans chez un sujet indemne de carcinomatose.**

Par MM. L. JACQUET et DELOTTE.

L'un de nous a fait allusion, à l'une des dernières séances de la Société (1), à un cas d'acanthosis survenu en dehors de toute manifestation carcinomateuse. Voici l'observation de ce malade ; elle est assez intéressante en raison même de la coïncidence, ou de la relation, constamment relevées jusqu'ici entre le cancer et cette singulière dermatose.

(1) Cf. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1896, p. 513.

(Observation due à M. le Dr DELOTTE, de Limoges.)

R..., âgé de 18 ans, scieur de long, est de taille et de complexion au-dessous de la moyenne.

A l'âge de 8 ans, il a été atteint d'une fièvre qui dura près de trois mois, et pendant laquelle il maigrit beaucoup ; il s'était bien rétabli.

Son père est âgé de 56 ans, et s'est toujours bien porté ; un frère du père a 54 ans, sa santé est bonne : un demi-frère du père, 66 ans, de bonne santé également ; une demi-sœur du père est morte à la suite d'une longue maladie (fièvre typhoïde ?), elle était en convalescence quand, à la suite d'un repas, elle fut prise d'accidents abdominaux qui l'emportèrent rapidement.

Du côté paternel, le grand-père de notre malade est décédé à 65 ans, d'affection inconnue.

La grand'mère est décédée à 70 ans, elle n'était pas malade.

Sa mère se porte à peu près bien. Elle se plaint souvent de douleurs d'estomac et du ventre ; ses digestions sont pénibles, elle a des coliques assez fréquemment. Elle est maigre, mais ne tousse pas.

Elle a eu 6 enfants ; n'en a perdu aucun. Le plus âgé a 28 ans, de bonne santé ; marié et père de 2 enfants bien portants ; le cadet, 26 ans ; Jean, notre malade, est le 4<sup>e</sup>. Les autres se portent bien.

Le malade est de petite taille, assez maigre, les cheveux châains ; sa conformation générale, quoique un peu infantile, est cependant à peu près normale ; toutefois le thorax, légèrement bombé en haut et en avant, est élargi et déjeté en dehors à sa partie inférieure.

Les membres ont la rectitude normale ; la tête est bien conformée.

Le malade ne tousse pas ; les poumons et le cœur sont sains.

Rate et foie de volume normal ; selles régulières.

Bon appétit habituel ; aucun trouble digestif, même léger.

Pas de migraines. Pas d'épistaxis.

Santé générale bonne.

Il y a un an environ, il est entré à l'hôpital de Limoges pour l'affection de la peau qui fait l'objet de cette observation, et qui fut reconnue par M. L. Jacquet comme étant un cas typique d'acanthosis nigricans.

Il y a six ans, il s'est aperçu que son cou se colorait en brun, devenait noirâtre, puis la langue est devenue râpeuse ; les lèvres, les paupières se sont boursoufflées, fendillées. Ces différents symptômes se sont accentués et se sont étendus à d'autres points.

Lors de son entrée à l'hôpital, la partie supérieure du tronc était surtout atteinte ; les lésions dépassaient quelque peu l'ombilic. Cou noirâtre, chagriné, ainsi que la partie supérieure du ventre ; l'aisselle tout entière, mais surtout le bord antéro-interne étaient épaissis, granuleux et noirs.

Les paupières, les lèvres, la langue, le voile du palais étaient atteints.

Aujourd'hui (décembre 1897), nous constatons les mêmes lésions, peut-être moins accentuées, à la face, aux lèvres, aux paupières, mais elles se sont développées en bas, elles occupent tout le ventre et les membres inférieurs en certaines parties.

Lèvres creuses et sillons concentriques aux commissures.



La langue est très fissurée, crevassée ; la face interne des joues est un peu fendillée ; la voûte palatine a l'aspect normal, à peine quelques sillons caractéristiques derrière les incisives ; le voile du palais est très sillonné, granuleux ; le pharynx est légèrement rugueux et rouge.

Les paupières sont du côté muqueux plus rouge que d'ordinaire, mais lisses ; du côté cutané on trouve des plis, des sillons, des grains noirâtres.

Le rebord des narines est un peu chagriné, légèrement fissuré en dehors ; néanmoins cet aspect n'est pas caractéristique, il pourrait être dû à une irritation par un rhume de cerveau dont le malade est atteint depuis deux ou trois jours.

L'orifice du conduit auditif externe ne présente rien d'anormal.

Ajoutons que le malade entend et voit très bien. L'état de la bouche ne le gêne en rien pour manger ; les aliments acides, vinaigrés ne provoquent pas de sensation pénible, ne déterminent pas au passage la sensation de piquûre de la langue.

Le prépuce est fendillé et chagriné du côté muqueux, à un degré modéré toutefois.

L'anus est très fendillé, les sillons très caractéristique de l'affection convergent vers la muqueuse intestinale ; les bourses le sont moins.

Le front est foncé en brun.

Le cou est noir en avant, mais surtout sur les côtés ; il est chagriné.

La peau du thorax sur la ligne médiane est blanche et se rapproche de l'aspect normal, mais sur les côtés et surtout dans la région axillaire, et plus particulièrement en avant de l'aisselle, elle est franchement noire, épaisse ; la face interne du bras au niveau de l'aisselle offre également la même coloration. Celle-ci contourne le thorax et recouvre l'omoplate en s'atténuant, elle disparaît dans la région épineuse ; tout le long de la crête épineuse la peau est indemne.

Au coude et aux doigts un peu de coloration.

Le ventre est noir en haut, avec accentuation autour du nombril, où l'on trouve des papillomes noirs, mais au-dessous la coloration est moins prononcée ; la partie inférieure du dos est un peu brune également au même degré que la peau de la partie inférieure de l'abdomen.

Les plis des aines, le périnée sont modérément noirâtres et chagrinés, la coloration s'étend en arrière, recouvre les fesses jusqu'au pli fessier au-dessous duquel la peau redevient naturelle.

Dans les creux du jarret la peau est dure, papillomateuse, noirâtre, fendillée.

R... se nourrit comme les gens de la campagne peu fortunés. Il boit du vin rarement, du cidre quelquefois, de l'eau à ses repas, il mange de la viande de boucherie le plus souvent, très rarement ; mais plus souvent du salé de porc ; ses repas se composent d'ordinaire de légumes, haricots, pommes de terre, soupe.

La profession de scieur de long est pénible, exige des forces musculaires développées ; il l'exerce comme ses camarades et sans fatigue appréciable.



**Étude du sang des psoriatiques au point de vue des éosinophiles.**

Par E. LEREDDE.

L'éosinophilie a été signalée par quelques auteurs chez les psoriatiques : j'ai voulu me rendre compte de sa fréquence et de son importance. Je rappelle d'abord qu'il existe normalement des éosinophiles en circulation sanguine, dans la proportion de deux p. 100 chez l'adulte (Ehrlich). De nombreuses causes dont nous ignorons un grand nombre peuvent modifier ce chiffre dans une légère mesure ; et nous ne sommes guère autorisés à attribuer à l'éosinophilie une valeur pathologique qu'au delà de 5 p. 100.

J'ai étudié le sang de treize malades. Chez onze d'entre eux, j'ai obtenu une moyenne de trois éosinophiles sur cent leucocytes. L'intensité du psoriasis, son ancienneté ne m'ont paru jouer aucun rôle.

Un psoriatique de 64 ans, atteint de bronchite chronique et d'emphysème, ne présentait pas d'éosinophiles en circulation. On sait que de nombreuses infections microbiennes diminuent notablement l'éosinophilie physiologique.

Seul un malade de 64 ans, également atteint d'un psoriasis généralisé et invétéré, offrait une éosinophilie de 6 p. 100. Mais ce malade avait eu récemment des troubles intestinaux et était soumis à un traitement pyrogallique intense. Ce fait est à rapprocher des faits mentionnés par Canon qui a vu l'éosinophilie augmenter très nettement à la suite du traitement par le goudron et la chrysarobine.

Le chiffre moyen observé par Canon qui a étudié l'éosinophilie chez des psoriatiques est de 3,72 p. 100. Chez un seul malade Canon a observé le chiffre de 10,53 p. 100 ; mes recherches sont en somme confirmatives des siennes.

En résumé, il existe chez certains psoriatiques une légère augmentation des éosinophiles en circulation. Cette augmentation n'est pas constante du reste.

Une éosinophilie véritablement pathologique s'observe par exception chez quelques malades. Elle dépend parfois du traitement auquel on les soumet.

**Sur l'aplasie moniliforme des cheveux.**

Par G. JEANSELME.

Je vous présente un nouvel exemple de cette maladie familiale qu'on appelle l'aplasie moniliforme des cheveux. Je n'ai rien à ajouter à la description de la lésion qui a été faite d'une manière précise et

complète par MM. Hallopeau, Sabouraud, Tenneson et Hudelo. Dans cette curieuse dystrophie congénitale du cuir chevelu, les cheveux tombent dès les premières semaines de la vie, et sont remplacés par des poils follets qui présentent des étranglements annulaires, de distance en distance, au niveau desquels le poil est incolore. Cette malformation des cheveux paraît être liée à l'existence d'une kératose pileaire du cuir chevelu, comme l'a fait remarqué M. Brocq.

Léonie M..., âgée de 2 ans et demi, avait à la naissance une chevelure bien fournie et même plus épaisse, au dire de la mère, que celle des autres enfants nouveau-nés. Les cheveux étaient foncés, longs et minces, comme cela a toujours été le cas chez les enfants de la même famille qui ont présenté de l'alopécie.

Dès la naissance, les cheveux commencèrent à tomber ; vers la sixième semaine, la tête était complètement dénudée.

Actuellement, le cuir chevelu est presque entièrement glabre. A peine quelques cheveux de 3 à 4 centimètres de longueur, pâles et secs, sont disséminés çà et là. Les autres cheveux sont très grêles, très espacés, frisés et cassants. Ils atteignent au plus 3 à 4 millimètres. Ils présentent des zones alternativement noires et décolorées qui se succèdent régulièrement, ce qui leur donne un aspect zébré.

La surface du cuir chevelu est très irrégulière, hérissée de petites élevures acuminées d'où émergent les poils atrophiés. Cet état granité ne dépasse pas la lisière du cuir chevelu. Les sourcils et cils ne sont pas modifiés. Il existe un léger degré de kératose pileaire au niveau de la face externe des membres.

Le frère de Léonie, Charles M..., âgé de 2 mois et demi, est également atteint d'aplasie moniliforme. Assez abondants à la naissance, les cheveux commencèrent à s'éclaircir à partir de la troisième semaine. Le cuir chevelu n'est plus recouvert aujourd'hui que d'un simple duvet à peine visible, formé de poils extrêmement grêles étranglés de distance en distance. Le cuir chevelu au lieu d'être uni est chagriné par une multitude de petites élevures, roses, pilaires. Il n'y a pas de kératose pileaire à la face externe des membres, mais celle-ci apparaît ordinairement à un âge plus avancé.

Parmi les six autres enfants de la famille M..., il y en a eu deux qui offrirent aussi les signes de l'aplasie moniliforme. Ils sont morts en bas âge.

Le père, Auguste Mans..., est complètement alopecique. A part quelques rares cheveux, longs de 3 à 4 centim., le cuir chevelu de cet homme n'est garni que de poils follets, d'aspect zébré, enroulés sur eux-mêmes, et n'ayant pas plus de 3 à 6 millim. de longueur. Ici encore, on observe un état chagriné du derme qui est surmonté de saillies miliaries d'où émergent les poils atrophiés. Mais cette sorte de kératose pileaire est incomparablement moins marquée chez cet homme que chez sa fille Léonie. Il présente un léger état d'ichtyose pileaire à la face externe des membres. Il a de la séborrhée et de l'acné du visage. Ses ongles sont striés en long et friables.

Auguste Mans... a eu huit frères ou sœurs, parmi lesquels trois furent alopéciques comme lui. L'un de ses frères a eu quatre enfants qui tous furent indemnes, mais l'un d'eux, âgé de 5 ans, a de l'incontinence nocturne d'urine. Auguste Mans... a été atteint de la même infirmité jusqu'à l'âge de 16 ans.

D'après les renseignements qu'il nous fournit, il n'existerait aucune autre malformation, telle que bec-de-lièvre, nævi vasculaires ou pigmentés, dans sa famille. Outre l'incontinence nocturne d'urine, il paraît exister d'autres tares nerveuses chez ses ascendants ou collatéraux, et l'une de ses cousines germaines est placée dans une maison de santé.

Jamais aucun des individus atteints d'aplasie moniliforme n'a présenté d'altération ni des cils ou des sourcils, ni des autres poils du corps. Les ongles sont toujours respectés.

Sur Auguste Mans... et ses deux enfants, Léonie et Charles, je ne relève aucun stigmate de syphilis héréditaire. Les dents en particulier n'offrent rien d'anormal.

Les cas d'aplasie moniliforme publiés par M. Sabouraud et par M. Tenneson, appartiennent à cette même famille Mans..., dans laquelle on retrouve l'existence de cette dystrophie des cheveux parmi les ascendants jusqu'à la quatrième génération.

M. HALLOPEAU — Je rappellerai que dans mes observations de la famille R..., les altérations étaient étendues à tout le système pileaire.

#### **Pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux.**

Par M. J. BRAULT.

Depuis quelques années, notre attention a été attirée sur les adénopathies des divers groupes ganglionnaires de l'économie et nous avons pu nous convaincre, par de très nombreux examens anatomopathologiques et bactériologiques, que la plupart, que la majorité des adénites réputées strumeuses et rangées, par la suite, dans le domaine de la tuberculose (1), sont bel et bien, tout simplement, des adénites d'origine infectieuse banale.

Certainement, la bacilliose ganglionnaire est loin d'être une exception et se rencontre de temps à autre sur notre route, sous diverses formes, associée qu'elle est parfois, à des germes ordinaires de la suppuration qui modifient son type habituel; mais elle est beaucoup plus rare qu'on ne le croit jusqu'ici; il faut même, à notre avis, renverser la proportion (2) et voir surtout, dans les adénites à marche

(1) Adénite « militaire ».

(2) Du moins chez l'adulte.

plus ou moins subaiguë ou même chronique, de banales infections.

Il faut s'y habituer, *le pus chaud peut marcher froidement*. Ce que nous avançons a été contrôlé pièces en mains, après de nombreuses extirpations qui se montent aujourd'hui à plus d'une *soixantaine* et ont porté, soit sur les chaînes inguinales, soit sur les divers groupes ganglionnaires du cou et du membre supérieur. Sans doute, quand les ganglions suppurent il est difficile de déceler dans le pus le bacille de Koch, mais, dans l'adénite tuberculeuse, en dehors des foyers purulents, l'on rencontre de temps à autre des globes ou des granulations intra ou périganglionnaires renfermant quelques micro-organismes spécifiques ; enfin, l'inoculation au réactif par excellence, au cobaye, est positive. Rien de semblable dans les faits que nous avons colligés, l'examen microscopique, les cultures, les inoculations, tout a été négatif au point de vue de la tuberculose ; et nous avons simplement rencontré des staphylocoques plus ou moins atténués déterminant, chez l'animal, des abcès insignifiants. Cependant, soit à l'examen clinique, soit à l'examen microscopique des pièces, la plupart de ces cas ont été pris, par tous ceux à qui nous les avons montrés, pour des tuberculoses ganglionnaires.

Ailleurs (1), j'ai insisté avec détails sur les diverses formes de l'adénopathie banale, et principalement sur les formes *retardées* ou *prolongées* qui peuvent en imposer. Je ne veux pas y revenir, je tenais simplement à rappeler en quelques mots l'ensemble de cette question intéressante. J'arrive maintenant au cas qui fait plus particulièrement l'objet de cette communication.

Jusqu'en ces derniers temps nous n'avions jamais observé aucun œdème, aucune lésion éléphantiasique chez nos sujets ; soit avant, soit après l'extirpation ganglionnaire.

A l'aîne, en particulier, de nombreux auteurs ont signalé des œdèmes du membre inférieur et des organes génitaux externes chez les porteurs d'adénopathies volumineuses. D'autres ont observé des lésions éléphantiasiques de ces mêmes régions, surtout à la suite des extirpations étendues et doubles ; M. G. Brouardel en rapportait ici un cas dernier.

Il y a environ 6 mois, chez un de nos opérés nous avons observé quelque chose d'analogue ; voici, d'ailleurs, en deux mots, l'observation :

L..., 22 ans, sujet brun, vigoureux, n'ayant aucun antécédent personnel ou héréditaire, entre dans mon service, le 10 septembre 1896. Il est porteur d'adénites subaiguës doubles occupant la totalité des chaînes inguinales transverses, les groupes internes sont surtout pris ; il y a de

(1) *Lyon médical*, mai 1895. — *Semaine médicale*, septembre 1896.

l'empatement, par deux ou trois places, la peau est même un peu amincie et dépressible. Des lésions balano-préputiales légères (herpès probablement) ont constitué la porte d'entrée. Au dire du malade, l'affection date de 3 semaines environ; il s'agit donc de ce que l'on appelle la forme sub-aiguë d'émblée.

Extirpation, le 12 septembre. Les deux chaînes transverses sont enlevées en totalité, les ganglions sont très malades et « farcis » d'abcès. Drainage, pansement compressif.

Au bout d'un mois, le malade cicatrisé, se lève; jusque-là nous n'avions rien remarqué d'anormal, lorsque dans les jours suivants, L... attire de nouveau notre attention sur un phénomène survenu progressivement depuis qu'il marche; il s'agit d'un fort œdème dur du fourreau de la verge, il n'y a rien par ailleurs, le scrotum est normal, il n'y a aucune trace de liquide dans les vaginales, les membres inférieurs sont indemnes, le malade est maintenu en observation à l'hôpital; au bout de six semaines, il sort très amélioré sans avoir subi aucun traitement. Trois mois plus tard, nous l'avons fait revenir, la verge était redevenue normale. L..., parfaitement rétabli, n'éprouve aucune gêne dans son métier pénible. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Tel est ce cas d'œdème bénin; celui-là n'est certes pas pour nous effrayer; mais comme nous l'avons dit, nous savons qu'il en est de beaucoup plus sérieux. Est-ce une raison pour s'abstenir d'enlever les glandes malades? nous ne le croyons pas. Au contraire, puisque maints auteurs ont constaté des œdèmes éléphantiasiques chez des sujets non opérés atteints de grosses adénites, il y a lieu de se montrer radical, de se presser et d'enlever les ganglions malades, avant qu'il y ait trop à extraire. Une fois le mal fait, *qu'on laisse ou qu'on extirpe*, les chances d'éléphantiasis sont au moins égales; il n'y a donc pas trop lieu de s'arrêter à cette considération.

#### Note sur le traitement de la pelade.

Par M. J. BRAULT.

Depuis la communication de M. Sabouraud en mai 1895, nous avons soumis *quatre-vingts* sujets atteints de pelade au traitement qu'il préconisait : vésicatoire, abrasion de la phlyctène, cautérisation à la solution de nitrate d'argent au quinzième.

Nous ne parlerons que de *soixante* premiers cas traités depuis plus de *six mois*. Empressons-nous de le dire, la réunion du vésicatoire et la cautérisation argentique, d'une efficacité constante, nous a donné d'excellents résultats, puisque sur notre chiffre déjà élevé de malades souvent atteints de plaques multiples, nous ne comptons

qu'une seule récédive et un cas rebelle (1). Mais nous devons ajouter que le succès s'est parfois fait un peu attendre et que nous avons observé, comme avec d'autres traitements, de grands écarts, de grandes inégalités, pour des plaques qui semblaient cependant assez comparables à première vue.

Un seul vésicatoire a suffi chez trois malades, 17 ont guéri par deux applications ; il a fallu revenir trois fois à la charge dans 8 autres cas.

Voilà pour les cas qui ont guéri rapidement, soit près de la moitié. Dans les autres observations, nous relevons des chiffres parfois beaucoup plus élevés : 12 guérisons après 4 et 5 vésicatoires, 8 après 6 et 7 ; enfin les douze cas restants ont nécessité de 9 à 13 applications.

Nous n'avons, bien entendu, considéré nos malades comme guéris et arrêté le traitement, que lors de la repousse de cheveux normaux, durs et solides. A ce propos, nous avons observé un fait assez curieux chez plusieurs de nos peladeux, la repousse a été tout d'abord nettement « annulaire » chez certains ; même, elle s'est faite en « cocarde » avec deux cercles concentriques et un « flot » central.

#### Microbe du bouton des pays chauds.

Par M. DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR (de Constantinople).

Mon éminent maître, M. le D<sup>r</sup> E. Besnier, m'avait autorisé en 1891, alors que j'avais l'honneur de suivre l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis, à faire des recherches bactériologiques sur un malade de son service atteint de boutons de Biskra. Ayant renouvelé ces recherches sur un malade atteint des mêmes lésions gagnées à Alep, le résultat fut le même.

Le microbe que j'ai trouvé dans le sang obtenu par piqûres du bourrelet entourant les lésions est un *streptocoque*, qu'on peut obtenir aussi par séparation du pus des lésions ; nous ne l'avons jamais trouvé dans le sang de la circulation générale.

Les effets de ce microbe sur les animaux, qui changent avec l'âge et la quantité de la culture et le mode d'inoculation, ressemblent à ceux produits par le streptocoque ordinaire de l'érysipèle. Nous n'avons jamais pu obtenir aucune lésion générale sur la peau des animaux en dehors des œdèmes locaux survenant à la suite des piqûres et des frottements.

(1) Chez ce malade, en traitement depuis plus de huit mois, la repousse des cheveux ne s'est pas encore produite.

La ressemblance du streptocoque que nous avons trouvé dans le bouton des pays chauds avec celui de l'érysipèle, ne manquera pas d'attirer l'attention sur ces phlébites et ces érysipèle qui compliquent le bouton des pays chauds, rarement il est vrai, mais certainement bien plus souvent qu'ils ne compliquent les autres dermatoses et de faire croire à une relation plus étroite qu'une complication accidentelle.

#### Traitement du chancre par le gaïacol.

Par M. DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR (de Constantinople).

Le gaïacol jouissant à la fois d'un pouvoir antiseptique et anesthésique, je l'ai employé dans le traitement des chancres mous. C'est le médicament dont l'application sur le chancre mou cause le moins de douleur, surtout si, après le nettoyage préalable, on passe légèrement sur la surface du chancre le pinceau ou la boulette de coton imbibé de gaïacol, on attend un petit moment pour que l'anesthésie se produise avant de l'appliquer plus énergiquement en ayant soin de le faire pénétrer dans tous les interstices. Presque dans tous les cas l'aspect des chancres change et la suppuration diminue dès la première application et quatre à six applications m'ont suffi à guérir la majorité des cas ; mais malheureusement comme il arrive avec tous les médicaments, un petit nombre de cas résistent ; dans ces cas c'est à la suite de bains de verge chauds que je cautérise avec le gaïacol.

Après l'application du médicament, je saupoudre de talc ou d'oxyde de zinc. L'application quotidienne est suffisante et c'est dans les cas rebelles qu'on doit l'employer matin et soir. Les malades peuvent faire eux-mêmes leurs cautérisations.

Le gaïacol ne semble pas provoquer l'inflammation et la suppuration des ganglions, et chez un malade qui s'était présenté avec un ganglion déjà enflammé, l'inflammation est tombée à la suite de deux applications du gaïacol.

Sur une trentaine de cas que j'ai soignés les chancres d'un de mes malades ont résisté au gaïacol ; il est vrai qu'on ne l'appliquait que deux ou trois fois par semaine ; à la fin le malade s'étant cautérisé une seule fois avec le crayon de nitrate d'argent, il s'est produit une inflammation des ganglions qui l'ont obligé de garder sa chambre pendant plusieurs jours de suite. Sans être un spécifique infaillible du chancre mou, le gaïacol mérite d'être employé.



**Élections de membres titulaires.**

Au cours de cette séance ont été élus *membres titulaires* de la Société :

MM. **BARRIÉ**, de Luchon;  
**CARTIER**, de Toulon;  
**COUILLAUD**, de Paris;  
**SAUVINEAU**, de Paris.

*Le secrétaire,*

**E. LEREDDE.**

## REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

Lyon.

DELAHAYE HECTOR. — De l'épididymite syphilitique tertiaire (14 novembre 1895).

Si l'épididymite secondaire est généralement admise, il n'en est pas de même de l'épididymite tertiaire. Car la plupart des auteurs signalent les lésions possibles de l'épididyme dans l'orchite scléro-gommeuse, mais bien peu font allusion au syphilome tertiaire localisé à l'épididyme avec intégrité du testicule. Somme toute, l'épididymite syphilitique tertiaire est une affection rare; l'auteur n'a pu recueillir que 9 observations où le tertiérisme soit absolument démontré. Elle apparaît à une époque qui varie entre deux ans et vingt ans après l'accident primitif; elle semble atteindre de préférence les individus en pleine activité sexuelle, de 35 à 45 ans. Le traumatisme, la blennorrhagie, les inflammations antérieures contribuent à son apparition.

Pour mériter la dénomination de tertiaire, une épididymite syphilitique doit réunir les deux conditions suivantes : 1° coexistence avec d'autres accidents tertiaires, 2° régression rapide par l'iodure. Le plus communément, le syphilome débute d'une façon subaiguë avec des douleurs d'intensité variable, tantôt spontanées, tantôt provoquées par la pression; il intéresse le plus souvent l'organe dans sa totalité, formant une induration diffuse irrégulière, sans adhérences au testicule. En général, un seul épididyme est atteint. La durée de l'affection peut être assez longue, la terminaison se faisant tantôt par sclérose, tantôt par ramollissement et suppuration à la façon d'une gomme; au point de vue anatomo-pathologique, la lésion consisterait en une infiltration scléro-gommeuse épididymaire et surtout péri-épididymaire, contrairement à l'épididymite secondaire où les lésions seraient de nature résolutive. Le diagnostic de l'épididymite tertiaire peut présenter de sérieuses difficultés; il est important, tant au point de vue du pronostic que sous le rapport du traitement, de l'établir d'une façon ferme. Il faut différencier cette affection des épididymites syphilitiques secondaire, blennorrhagique, tuberculeuse, ainsi que des tumeurs malignes et des kystes de l'épididyme.

Entre l'épididymite secondaire et la tertiaire, il existe d'ordinaire des signes distinctifs assez nets. Dans l'épididymite secondaire, la lésion est limitée à la tête, dans la forme tertiaire, il y a en général diffusion des lésions. Dans l'épididymite secondaire, les deux épididymes sont souvent atteints, alors que l'unilatéralité est de règle dans le syphilome tertiaire. Au point de vue thérapeutique, le syphilome secondaire résiste parfois très longtemps au mercure et surtout à l'iodure, tandis qu'il y a action rapide de l'iodure sur la lésion tertiaire. Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic est parfois très délicat surtout lorsqu'on est en présence d'une

de ces formes de transition secundo-tertiaires survenant plusieurs années après l'infection; mais dans ces cas, la coexistence ou l'absence d'autres manifestations tertiaires tranchera la question du diagnostic. Dans l'épididymite blennorrhagique tardive et chronique, l'induration se localise à la queue de l'épididyme, tandis que dans l'épididymite tertiaire, testicule et épидидyme sont nettement isolés l'un de l'autre. Au sujet de l'épididymite tuberculeuse, la recherche du bacille, l'examen du poumon, des voies génito-urinaires, voire même le traitement antisypilitique permettent de la reconnaître. Dans le cas de tumeurs malignes (sarcome, cancer, etc.) l'âge du malade, l'état du testicule, du système ganglionnaire, l'inefficacité de l'iodure permettront d'éliminer le diagnostic de syphilis.

Comme affection locale, l'épididymite tertiaire est incontestablement d'un pronostic bénin : la restitution ad integrum pourra être obtenue dans la très grande majorité des cas, à la condition d'intervenir à temps. L'agent thérapeutique par excellence est l'iodure; cependant il faudra toujours lui associer le mercure, de préférence sous forme de frictions à l'onguent napolitain.

**ALFRED BLANCHARD. — Du phimosis et de son traitement, par la méthode annulaire (novembre 1895).**

Travail destiné à montrer l'utilité de la circoncision dans les cas de phimosis congénital ou acquis, soit parce que dans l'un ou l'autre cas, des accidents nombreux et variés l'imposent. Les principales indications opératoires dans le phimosis congénital seraient : a) l'imperforation ou l'étroitesse trop accentuée de l'orifice préputial; b) les irritations ou inflammations de nature variable, telles que balano-posthite, eczéma, gerçures du prépuce; c) la prédisposition des individus atteints de cette affection à contracter les maladies vénériennes; d) la transformation possible du phimosis en paraphimosis; e) le phimosis suivi ou compliqué d'incontinence d'urine; f) le phimosis, cause d'hyperesthésie génitale et d'inversion sexuelle. Le rôle de la brièveté du frein de la verge avec phimosis consécutif dans la pathogénie des troubles de la fonction sexuelle, est d'autant plus intéressant à connaître, que cette anomalie est assez fréquente chez les dégénérés et dans un bon nombre d'affections hypochondriaques et mélancoliques.

D'autre part, les principales indications opératoires dans le phimosis accidentel ou pathologique résideraient : a) dans le chancre mou, pour éviter les lymphangites et les adénites suppurées; b) dans le chancre induré, où l'indication serait toutefois moins formelle, car les cas dans lesquels on a pu enrayer les progrès de la syphilis par l'excision large et complète du chancre au moyen de la circoncision, sont à l'heure actuelle très peu nombreux. Par contre, les contre-indications formelles à l'opération du phimosis sont très restreintes. Il faut rejeter l'opération chez les hémophiliques; en second lieu ne pas opérer le phimosis des diabétiques, et enfin ne pas intervenir dans un milieu d'épidémie ou de contagion.

PICARD MICHEL. — Contribution à l'étude des rétrécissements syphilitiques de l'œsophage (1896).

Le rétrécissement de l'œsophage est une des rares complications de la syphilis; on possède peu de renseignements sur la nature pathologique de ce rétrécissement. Le point de départ causal mis à part, on ne le voit pas se différencier nettement au point de vue anatomo-pathologique, il est l'image exacte de ceux qui sont produits par toute cause ulcéralive banale. Car si des productions tertiaires peuvent engendrer le rétrécissement syphilitique, ce n'est réellement qu'à la période finale, à l'apparition de la sclérose cicatricielle, qu'elles peuvent être à juste titre incriminées. Et encore faut-il, pour expliquer le siège du rétrécissement aux extrémités de l'œsophage, faire intervenir les circonstances occasionnelles telles que traumatismes, brûlures par ingurgitation, etc.

La description clinique du rétrécissement proprement dit ne devrait pas différer de celle des rétrécissements cicatriciels banaux. Mais il est une première période, celle du début, coïncidant avec l'obstruction, qui seule a une allure un peu spéciale et peut dans certains cas, d'après l'auteur, paraître assez caractéristique. Les symptômes de dysphagie dominent encore, mais ils ont une mobilité que l'on ne retrouve pas plus tard : c'est l'époque de la gomme ou de la lésion syphilitique pure.

La déglutition peut être alors douloureuse, elle peut même devenir par période impossible, soit par obstacle direct, soit par surajoutation d'un élément spasmodique, puis après quelques jours d'exagération, d'acuité, le malade se met à mieux avaler sans qu'il ait demandé aucune intervention. La deuxième période est celle d'état, celle du rétrécissement confirmé, où le cathétérisme vient renseigner plus qu'aucun autre procédé d'exploration sur le siège, le nombre, le degré de coarctation.

Le pronostic est d'autant plus bénin, qu'on intervient plus tôt par le traitement spécifique. Il est évident, que l'iodure administré à la première période d'une façon continue et à doses progressives, donne de bons résultats, et encore le pronostic doit-il être réservé. Intervient-on trop tard ? alors le traitement ne peut plus être que local : c'est la dilatation progressive et continuée pendant des mois qui doit primer la médication iodurée.

PETGES GABRIEL. — Essai sur le traitement de l'iodisme par l'extrait de belladone (novembre 1895).

L'iodisme, dans la majorité des cas, constitue une gêne et une incommodité très grandes pour les malades. Tels le coryza, le larmolement, la céphalée, etc., qui rendent quelquefois difficile la continuation du traitement. Mais là ce sont des accidents légers. Plus redoutables, par contre, sont d'autres symptômes, l'œdème de la glotte, l'albuminurie en particulier. L'œdème de la glotte est de fréquence moindre, mais peut occasionner des résultats terribles au point que la trachéotomie a dû être faite dans certaines circonstances. L'albuminurie est plus fréquente, mais elle est le plus souvent transitoire.

L'iodisme doit donc être traité, soit qu'il offre des dangers, soit qu'il

constitue une simple gêne ou une incommodité notable pour le malade. Pour ce, Petges conseille d'avoir recours à la méthode d'Aubert, c'est-à-dire à l'administration simultanée de la belladone ou de l'atropine en même temps que l'iodure. La belladone s'emploiera sous la forme d'extrait aqueux à la dose de 4 à 6 centigrammes, soit sous la forme d'atropine à la dose d'un demi à un milligramme par jour. Depuis dix ans qu'il suit cette méthode, Aubert n'a pas observé d'accidents graves d'iodisme. Mais comment expliquer le mécanisme de ce traitement? La belladone agit-elle sur l'élimination de l'iodure, ou agit-elle par d'autres moyens? Des expériences faites par l'auteur, il résulte que l'absorption de l'extrait de belladone a un effet absolument nul sur l'élimination de l'iodure de potassium. Il faut donc chercher ailleurs une explication satisfaisante à la méthode d'Aubert.

Les dernières recherches montrent que l'iodure de potassium est par excellence un vaso-dilatateur; d'autre part, on sait que la belladone est un vaso-constricteur. Or l'élimination de l'iodure ne varie pas sous l'influence de la belladone; par conséquent l'explication réside dans ce fait qu'il y a lutte d'un médicament vaso-constricteur contre un médicament vaso-dilatateur, ou, si l'on veut, dans le pouvoir qu'a la belladone d'arrêter les phénomènes excito-sécrétoires et d'affaiblir les réflexes en agissant soit sur la moelle, soit sur les terminaisons nerveuses périphériques.

**PIERRE BRUNON. — Le chancre syphilitique des fosses nasales (1895).**

Le chancre primitif de la pituitaire est le plus rare des chancres extra-génitaux. L'auteur en a recueilli une trentaine de cas. Toutefois, les observations qui se multiplient ces dernières années semblent prouver qu'il a été auparavant méconnu bien des fois.

Les symptômes du chancre de la pituitaire sont un peu particuliers à la région. Ainsi, c'est au seuil même des fosses nasales, sur le revêtement interne de la narine, ou sur les parties les plus inférieures de la muqueuse, en un point le plus souvent accessible au regard direct, que naît d'habitude la petite élévation ou la petite ulcération initiale du chancre. C'est tantôt sur la partie externe, ou mieux à la périphérie de l'orifice narinaire, et bien plus fréquemment encore sur la cloison que débute la lésion primitive de la syphilis sur la pituitaire. C'est une érosion sans limites précises, sans bords, constituée par une surface grisâtre, sans induration quelconque. Parfois, quand l'inflammation périphérique est intense, les tissus sont tellement boursoufflés ou bourgeonnants, qu'on se trouve en présence d'une tumeur oblitérant presque entièrement l'orifice des fosses nasales et déformant plus ou moins le nez. Comme conséquence du syphilome primaire des fosses nasales, ce sont les ganglions sous-maxillaires qui sont le plus habituellement pris les premiers, mais si le chancre siège plus haut, l'infection syphilitique, par le fait de son caractère extensif, envahira alors les ganglions tributaires de la pituitaire aussi bien que les sous-maxillaires. A ajouter à ces symptômes tout objectifs, d'autres subjectifs tels que cuissons, démangeaisons, besoins fréquents de se moucher, enchifrènement, sommeil gêné et ronflant, etc. En somme, en tant que lésion locale, le chancre syphilitique de la pituitaire évolue très simple-

ment et sans complication véritable, dans la très grande majorité des cas.

Quant à l'étiologie, rien de particulier, si ce n'est l'obligation nécessaire d'une contagion directe ou indirecte. — Le diagnostic s'impose, à la condition d'y songer. Mais là où est la difficulté, c'est quand il s'agit de différencier un accident tertiaire d'un accident primitif. Le développement lent et graduel de la lésion, son ulcération tardive, son aspect large et profond, sa coloration gris sale, ses bords déchirés, sa sécrétion bourbilloonneuse, et enfin ce fait, qu'introduit dans le fond de la gomme, un stylet arrive sur l'os ou sur le cartilage plus ou moins compromis eux-mêmes dans leur vitalité, sont les différences caractéristiques ordinaires qui séparent le chancre de la gomme ulcérée.

Les soins de propreté et d'antisepsie seront les seuls moyens, à part le traitement général, de lutter contre la lésion elle-même.

JULES ERAUD.

### Montpellier.

MOURIER. — Contribution à l'étude de la myélite transverse syphilitique, n° 12.

L'auteur apporte trois observations nouvelles de cette affection, dont l'histoire a été si complètement faite par Sottas, après Erb, dans son important travail sur « *Les paralysies spinales syphilitiques* ».

Il insiste particulièrement sur le type clinique à début insidieux, caractérisé par la paralysie spasmodique et susceptible d'amélioration par le traitement spécifique.

Comme traitement, il recommande, outre l'iodure à hautes doses, les injections d'huile grise qui, dans ses cas personnels, ont donné des résultats très favorables.

En terminant, il fait remarquer que ce traitement agit seulement sur les productions inflammatoires primitives et reste sans influence sur les lésions nécrobiotiques constituées; l'amélioration ne dépasse jamais une certaine limite qui est fixée par l'importance de la cicatrice scléreuse incurable de la moelle.

E. COULOUMA. — Étude des localisations de la blennorrhagie sur le système nerveux et spécialement sur le cerveau. Folie blennorrhagique, n° 39.

L'auteur, s'appuyant sur les recherches modernes qui concordent à démontrer que la blennorrhagie est fonction du gonocoque de Neisser, considère avec Souplet cette affection comme une maladie générale infectieuse, pouvant donner lieu à des accidents généraux ou à des manifestations localisées sur les différents appareils ou organes.

C'est l'étude des localisations de la blennorrhagie sur le système nerveux qui fait le sujet de sa thèse. Après avoir rapidement passé en revue les localisations se produisant sur le système nerveux périphérique (névralgies et névrites blennorrhagiques) et sur la moelle (méningo-myélites blennorrhagiques), il consacre la plus grande partie de son travail à

l'étude des manifestations cérébrales d'ordre vésanique (*folie blennorrhagique*).

C'est là un sujet tout nouveau, plein d'intérêt, sur lequel l'attention a été récemment attirée (1894-95) par deux mémoires d'un aliéniste italien, le professeur Silvio Venturi.

Cet auteur, remarquant qu'un certain nombre de cas d'hébéphrénie (folie des jeunes gens développée en dehors des causes habituelles) se produisaient chez des sujets atteints depuis quelque temps d'affections blennorrhagiques et que la guérison de la vésanie ne survenait qu'après celle de la première maladie, en conclut qu'il y avait une relation réelle entre la blennorrhagie et la folie.

L'aliénation mentale, observée en pareil cas, n'affecte pas de forme spéciale; sa seule caractéristique, consolante d'ailleurs, serait sa guérison habituelle assez rapide après la disparition des accidents blennorrhagiques. Quant à sa pathogénie, l'auteur l'attribue à une arachnoïdite avec épanchement séreux.

M. Coulouma a rassemblé les différents documents publiés sur ce sujet : après avoir reproduit les observations insérées dans les deux mémoires de S. Venturi, il y joint deux faits du Dr Cullerre et enfin une intéressante observation personnelle.

Il s'agissait dans ce cas d'une jeune fille de 26 ans, n'ayant présenté antérieurement aucun trouble nerveux, qui, à la suite d'une vagino-mérite blennorrhagique compliquée de rhumatisme, fut prise d'aliénation mentale caractérisée par de l'excitation maniaque avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, et parfois idées lypémaniques. Son état mental ne commença à s'améliorer que du jour où l'on eut reconnu son écoulement blennorrhagique et qu'on lui eut opposé une médication appropriée; dès lors, la malade va de mieux en mieux et, au bout de peu de temps, elle est complètement et définitivement guérie.

De tous ces faits, l'auteur conclut que la blennorrhagie peut avoir un véritable rôle pathogénique dans le développement de la folie, et qu'il existe une vésanie spéciale que l'on peut appeler *folie blennorrhagique*, de même qu'il y a une folie puerpérale, une folie grippale.

L. CROS. — Du lupus érythémateux et de sa nature tuberculeuse, n° 61.

Dans ce travail, l'auteur, tout en faisant une étude générale du lupus érythémateux, s'est particulièrement attaché à montrer les rapports étroits qui existent entre cette affection et la tuberculose, et qui doivent, d'après M. Besnier, la faire considérer comme une manifestation vraiment tuberculeuse.

En faveur de cette thèse, il rapporte 27 observations recueillies dans les publications récentes et deux inédites, prises à la Clinique dermatologique de Montpellier, réunissant ainsi une importante documentation sur cette intéressante question.

Voici ses principales conclusions :

Le lupus érythémateux est une lésion d'origine tuberculeuse. On peut appuyer



cette affirmation sur : l'étiologie de l'affection, son apparition presque constante chez des sujets tuberculeux ou de souche tuberculeuse, sa terminaison fréquente par des accidents tuberculeux souvent mortels.

A cause de la constance des affections tuberculeuses antérieures, chez les malades porteurs de lupus érythémateux, cette lésion doit être regardée, dans un grand nombre de cas, comme une localisation *secondaire* de la tuberculose, d'origine *toxi-infectieuse*, par opposition avec le lupus vulgaire, accident primitif d'inoculation de nature microbienne.

Cependant les variétés rebelles, tenaces (formes fixes de Brocq) paraissent attribuables à la fixation directe du bacille de Koch sur les téguments et se rapprochent du lupus vulgaire.

**P. BESINS. — De l'eczéma du cuir chevelu chez l'enfant compliquant ou simulant la teigne, n° 62.**

L'auteur, ayant observé au service de la Clinique infantile, qu'un certain nombre d'enfants atteints de teigne (*favus*) présentaient, lorsqu'ils étaient soumis à l'épilation, des hémorragies du cuir chevelu, attribuée cet accident à la coexistence chez ces jeunes malades d'un eczéma du cuir chevelu, qu'il rattache, avec son maître, M. Baume, à l'évolution dentaire. C'est ce qu'il s'efforce de démontrer dans sa thèse.

L'auteur en conclut, au point de vue pratique, que dans ces cas de teigne compliquée d'eczéma, le traitement doit d'abord s'adresser à l'eczéma, et ensuite à la teigne.

Contre l'eczéma, il recommande, après avoir fait tomber les croûtes, les lavages à l'eau boriquée et l'application d'une pommade iodoformée à 1/10; en même temps, bonne alimentation et lacto-phosphate de chaux à l'intérieur.

Contre la teigne, il faut d'abord employer l'épilation et avoir ensuite recours à une pommade antiseptique, qui variera suivant les cas : si le cuir chevelu est normal, pommade au turbith minéral à 4/30; s'il est rouge, congestionné, pommade au calomel dans les mêmes proportions.

**G. FOULQUIER. — Contribution à l'étude de la syphilis rénale précoce, n° 74.**

L'auteur, à l'occasion d'une observation personnelle, résume l'histoire de la syphilis rénale précoce d'après les travaux les plus récents. Le diagnostic sera basé sur les éléments suivants : l'existence certaine chez le sujet en question d'une syphilis récente, l'absence de toute autre circonstance étiologique capable de léser le rein; la coïncidence actuelle d'accidents syphilitiques cutanées; enfin l'action favorable du traitement spécifique. Aussi recommande-t-il comme traitement l'emploi des spécifiques (mercure, iodure de potassium) combiné avec le régime lacté.

**G. FÉLIX. — Des injections de calomel dans le traitement de la syphilis, n° 76.**

L'auteur a consacré sa thèse à la mise au point de cette question, d'après

les récentes discussions de la Société de dermatologie, provoquées par l'intéressante communication de Feulard.

Il apporte, d'ailleurs aussi, de nouveaux documents en faveur de cette méthode de traitement de la syphilis, reproduisant dix observations inédites recueillies à la Clinique dermatologique de Montpellier. Mais, tout en se montrant partisan déterminé des injections de calomel, il ne croit pas qu'il faille en faire le traitement exclusif de la syphilis. Voici ses principales conclusions :

Après bien des hésitations, bien des discussions où les objections ont été nombreuses, la méthode de Scarenzio a définitivement conquis droit de cité en France.

Malgré tous les avantages que présentent les injections de calomel, on ne saurait les appliquer systématiquement aux dépens des autres méthodes. Il faut, avant tout, dans le traitement de la syphilis, être éclectique si l'on veut arriver à de bons résultats. Ces injections ne sont pas sans inconvénients : elles procurent presque toujours une douleur plus ou moins intense, suivant le degré de sensibilité des sujets; elles causent parfois des nodosités longues à disparaître. On doit les considérer comme une médication énergique qui agit sûrement dans les cas de syphilis maligne, de lésions anciennes inguérissables, ou toutes les fois qu'il est nécessaire « de monter à l'assaut » des lésions : c'est un des moyens les plus sûrs que nous possédions dans notre arsenal thérapeutique. Dès l'apparition du chancre, il serait bon de faire une ou deux injections de calomel afin d'imprégner l'organisme de mercure et de lui fournir de la sorte un moyen puissant de résistance. Les injections devront être pratiquées aussi aseptiquement que possible et en plein tissu musculaire : la dose injectée sera en moyenne de 5 centigrammes de calomel dans 1 c. c. d'huile d'olive, stérilisée; les injections seront répétées tous les huit jours.

Enfin on devra tenir soigneusement compte des contre-indications, basées sur l'état général, celui des reins, du cœur et de la bouche : ce sera le moyen le plus sûr pour éviter les accidents.

A. BROUSSE.

### Toulouse.

#### THUILLIÉ. — Contribution à l'étude de l'hydrocèle syphilitique.

L'hydrocèle péritesticulaire est toujours secondaire, et la syphilis joue un rôle plus considérable qu'on ne le croit dans la genèse des différentes lésions épидidymaires ou autres qui peuvent la provoquer.

Si elle ne guérit pas par le traitement spécifique, il faut la traiter par l'incision. Dans la seule observation personnelle qu'il rapporte, l'administration de l'iodure, qui n'avait pas donné de résultats avant l'intervention chirurgicale, amena ultérieurement une guérison rapide des lésions testiculaires.

#### VAQUIÉ. — De l'hydrocéphalie hérédosyphilitique.

D'après les documents publiés, spécialement d'après ceux de d'Astros,

de Heller, Vaquié croit qu'il existe une hydrocéphalie hérédito-syphilitique et en donne 2 observations. La seule lésion connue serait l'infiltration embryonnaire péri-épendymaire et optostriée, et aussi, l'arrêt de développement du cerveau. Chez un nouveau-né hydrocéphalique issu de parents syphilitiques, il faut admettre le rôle de la vérole. Le début de la maladie est très précoce, intra-utérin même. Enfin le pronostic est très sombre et le diagnostic ne peut se faire que par les antécédents du malade ou des géniteurs.

**PERIÈS. — Contribution à l'étude du délire dans la paralysie générale chez les syphilitiques.**

L'auteur conclut que le délire mégalomane est rare dans la paralysie générale évoluant chez les sujets entachés de syphilis. Idées mélancoliques ou absence de délire, simple diminution de l'intelligence, conservation relative de la conscience, tels sont les symptômes qu'il a trouvés prédominants dans les troubles cérébraux des paralytiques généraux qu'il a observés.

L'auteur est porté à admettre la pluralité des paralysies générales, la paralysie générale des syphilitiques comportant ainsi un aspect clinique assez particulier, et dans lequel les idées de mélancolie occupent un rang important.

**RICHARDOT. — Les pratiques médicales des indigènes en Algérie.**

Les Toubibs ne séparent pas le chancre simple de la syphilis. Le jus de citron de Portugal injecté avec une seringue en roseau est souvent employé contre la blennorrhagie; le coït avec une négresse a des partisans ». La chaudepisse est d'une fréquence extraordinaire parmi les Arabes, ainsi que la syphilis.

En général, les indigènes syphilitiques ne se traitent guère avant les accidents tertiaires. Ils connaissent le mercure employé parfois en fumigations; l'iodure a une action très intense. Il y aurait une coutume kabyle consistant à mettre dans la corbeille de noces, des pilules de Paris, pilules mercurielles.

Les dermatoses y sont nombreuses et variées. On a retrouvé la lèpre et le rhinosclérome. Le clou de Biskra est limité aux environs de cette ville.

**BULLIOT. — Étude sur la prostitution à Alger.**

L'auteur expose l'état de la prostitution à Alger, avant la conquête. Un fonctionnaire, ou mieux, un fermier, le Metzouar recevait du dey, contre redevance, le droit de percevoir un impôt sur les prostituées dont le nombre s'élevait à 3,000. L'impôt mensuel s'élevait à un chiffre variant de 11 francs à 5 fr. 50. Le Metzouar avait des pouvoirs extrêmement étendus. La syphilis était traitée par « el bariz », la diète arabe.

Actuellement, la surveillance de la prostitution à Alger s'opère à peu près comme en France. L'auteur insiste sur la nécessité de la surveillance des prostituées.

Il est regrettable que la prostitution libre tende à se développer; il est à désirer que la réglementation soit plus étroite et le service médical plus largement organisé.

A. GILORMINI. — Recherches expérimentales et cliniques sur le diiodoforme.

L'auteur conclut que le diiodoforme est un antiseptique peu sérieux et présente l'inconvénient d'être coûteux.

Il est un anesthésique des plaies et exerce sur le bourgeonnement et la cicatrisation une action comparable à celle de l'iodoforme. Il est moins irritant, nullement toxique et à peu près inodore.

En ce qui touche la thérapeutique du chancre simple, il ne peut que citer les observations d'Hallopeau et Brodier.

GUIBERT. — De la perlèche.

Travail un peu superficiel qui n'apprend rien de bien nouveau sur ce sujet. L'auteur conclut avec raison que la perlèche n'est pas une entité morbide, mais peut être engendrée par des micro-organismes divers.

Il est permis de se demander, après la lecture de cette thèse, si la perlèche est autre chose qu'une variété d'infection buccale avec participation des muqueuses des joues et des lèvres.

SAINTRAILLES. — Contribution à l'étude de l'actinomycose en France.

L'auteur a réuni et reproduit toutes les observations publiées en France jusqu'en juin 1896 en y joignant quelques-unes des figures de A. Poncet, et une carte de répartition géographique de la maladie.

Il insiste sur les lésions histologiques particulières décrites par Unna, dont il traduit le chapitre relatif à l'actinomycose (dans « l'Histopathologie » der Hautkrankheiten) et retrouvées sur les pièces examinées à la Clinique de Toulouse. En effet, les lésions actinomycosiques se différencient bien des lésions tuberculeuses : présence des hémorragies, dilatation des vaisseaux, cellules boursoufflées ayant subi une dégénération protoplasmique spéciale, autres cellules remplies de blocs dégénératifs, etc., toutes lésions qui ont leur maximum de développement dans la paroi des abcès actinomycosiques sous-cutanés.

CH. AUDRY.

## REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

### REVUE DE DERMATOLOGIE

**Acide picrique : pansements.** — P. THIÉRY. Des applications diverses du pansement picriqué à la thérapeutique chirurgicale. (*Gazette des hôpitaux*, 27 février 1896, p. 243.)

L'auteur préconise l'emploi du pansement avec la solution aqueuse saturée d'acide picrique dans le traitement des brûlures.

Il rappelle l'emploi fait de cette substance à la fois kératopoiétique et antiseptique dans diverses affections, en particulier dans l'eczéma, dans le lupus, dans les épithéliomas cutanés, le recommande dans les ulcères de jambe où les applications de poudre d'acide picrique lui ont donné de bons résultats.

Il propose l'usage de la solution picriquée dans la gale, où théoriquement elle lui paraît susceptible de calmer le prurit, de tuer les acares, de leur rendre la peau inhabitable, grâce à la condensation du tissu.

GEORGES THIBIERGE

**Corne.** — COOSEMANS. Corne du pavillon de l'oreille. (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 28 mars 1896, p. 369.)

Homme de 71 ans, ayant depuis un peu plus d'un an une lésion de la face externe de la moitié supérieure de l'anthélix du pavillon droit, constituée d'abord par une plaque dure qu'il a arrachée à plusieurs reprises avec les ongles. Au moment où il consulte, cette lésion est constituée par une corne dure, de 15 millimètres de hauteur, de 45 millimètres de circonférence, un peu plus large à la base qu'au sommet qui est incurvé en avant, à surface inégale et mamelonnée. A l'examen microscopique, cette production est constituée à sa partie inférieure par des cellules arrondies du corps muqueux, qui s'aplatissent de plus en plus en remontant sur la partie supérieure, la tumeur prend alors la structure lamellaire ; plus haut, les cellules ont disparu, on ne voit plus que leur noyau qui, lui-même, disparaît vers le sommet.

GEORGES THIBIERGE.

**Dystrophie papillaire et pigmentaire.** — M. KUZNITZKY. Ein Fall von Acanthosis nigricans. (*Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXV, p. 3.)

On sait peu de chose sur cette affection dont l'étiologie est encore des plus obscures. Neuf cas seulement ont été publiés. Le cas actuel provient de la pratique privée du professeur Wolff.

Il s'agit d'une femme de 41 ans, de parents bien portants. Elle est mariée depuis six ans et a deux enfants en bonne santé. En août 1893, cette femme remarqua que son sein du côté droit était dur, toutefois aucunes douleurs. En novembre de la même année, la peau commença à devenir rugueuse entre les jambes et dans la région ombilicale. Ce symptôme augmenta d'intensité et il se produisit bientôt aussi dans d'autres régions, tout d'abord sur les paupières et au cou, qui présentèrent rapidement une coloration brune plus ou moins intense.

Actuellement, les paupières supérieures et inférieures, les deux côtés du cou, le creux des aisselles, les seins, principalement au voisinage du mamelon, l'espace inter mammaire, l'abdomen, le nombril, la vulve, la face interne des cuisses, les mains et les pieds, présentent les modifications suivantes relativement à la forme de la surface cutanée et à la coloration. On observe tous les degrés de transition depuis la saillie presque imperceptible des bourrelets papillaires au-dessus de la peau saine jusqu'à des saillies de 2 millimètres de hauteur, qui font paraître les sillons intermédiaires de la peau, enfoncés, presque crevassés. En quelques points cette transition est très brusque. A la limite antérieure du creux des aisselles, par exemple, ainsi qu'entre les seins s'élèvent sur les parties altérées des districts tout à fait circonscrits, papillomateux, ayant jusqu'à 1 centimètre de longueur et plus.

La couleur de la peau de la malade est en général brunâtre. Mais les districts de la peau mentionnés ci-dessus présentent une pigmentation particulièrement accusée, prenant même une teinte foncée et violette. Le sein droit dépasse le volume de la tête d'un enfant, le mamelon est à peine visible : carcinome du sein. La peau présente en ce point les altérations décrites par Hallopeau sous le nom de porcelaine craquelée, on les observe surtout vers l'abdomen et dans le creux des aisselles. L'amputation du sein malade fut faite par le professeur Madelung le 21 novembre 1894 et la malade succomba un mois après avec tous les symptômes d'une pleurésie du côté droit.

L'autopsie fut pratiquée par le professeur v. Recklinghausen. Hypertrophie considérable du foie qui est parsemé de nombreux nodules cancéreux; dans le lobe droit, ils se réunissent en masses volumineuses.

L'examen histologique de la peau a donné les résultats suivants : Dans le chorion, infiltration plus ou moins forte de petites cellules le long des vaisseaux, des conduits excréteurs des glandes sudoripares, des poils et des canaux lactifères.

Dans toutes les coupes on trouve en proportion notable des *Mastzellen* et avec les mêmes localisations que les infiltrats à petites cellules.

La forme des papilles ainsi que de la partie papillaire du chorion est tout à fait irrégulière dans les points où on peut constater macroscopiquement la rugosité de la peau. Mais elle est complètement irrégulière dans le district des excroissances papillaires. L'aspect du condylome acuminé est encore dépassé si possible par la transformation multiple et bizarre des formes isolées des papilles. Tantôt elles sont placées semblables à des palissades les unes à côté des autres, toutes de dimensions à peu près égales, tantôt elles se trouvent en masse à côté des papilles courtes, plates,

plutôt larges, tout à fait grêles, allongées, se terminant en pointe ou en massue.

Les vaisseaux ne sont pas modifiés, ils ne sont ni dilatés ni sensiblement augmentés.

Le pigment est très notablement proliféré; toutefois, il est réparti d'une façon tout à fait irrégulière, c'est-à-dire il n'y avait aucun rapport entre l'abondance du pigment et l'intensité des anomalies papillaires. Par contre, la localisation du pigment est régulière en tant que les gros amas de pigment brun foncé n'apparaissent presque toujours que dans la partie réticulaire et sans aucune dépendance appréciable des vaisseaux sanguins. Les petits corpuscules jaune or de pigment existaient principalement dans la partie papillaire, le plus souvent à l'intérieur des leucocytes dont les noyaux flasques se coloraient fortement. Souvent ces corpuscules de pigment étaient libres dans les fentes lymphatiques du tissu conjonctif intrapapillaire.

Dans l'épiderme, le pigment se trouve presque exclusivement dans les cellules du stratum cylindrique. Les grains isolés sont d'une finesse extrême, d'une coloration brun foncé et remplissent le protoplasma de toute la cellule.

La couche épineuse est hypertrophiée, elle envoie dans le chorion des travées épithéliales massives dont la forme varie à l'infini: tantôt elles sont étroites et longues, en forme de filaments et descendent verticalement, tantôt elles sont larges et courtes et à direction oblique.

Les extrémités des travées épithéliales dans le chorion sont pointues, fourchues, ramifiées, émoussées et sphériques.

Dans un grand nombre de cellules épineuses les noyaux sont altérés: il y a entre la membrane et le protoplasma du noyau une substance vitreuse, incolore qui a transformé le reste du protoplasma du noyau en formes variées dues à la compression. Cette substance vitreuse ne correspond ni à l'hyaline, ni à la kératine, ni à l'amyloïde. Elle est très résistante à l'action des acides et des alcalis. On n'a pas réussi jusqu'à présent à la différencier par la coloration.

La largeur du stratum granuleux oscille entre 1 et 4 couches de cellules. Le stratum lucidum manque le plus souvent; quand il existe il est d'une extrême finesse.

L'état du stratum corné est très variable. Sur le sommet des papilles il est le plus souvent d'épaisseur et de nature normales, il augmente d'une manière tout à fait notable en épaisseur entre les papilles et sur les follicules et présente souvent ici une disposition en lamelles. A l'exception des bactéries ordinaires du tissu corné on ne constate nulle part de micro-organismes.

Si l'on compare le cas actuel avec ceux déjà publiés, il faut, dit l'auteur, tout d'abord remarquer sa ressemblance clinique avec la maladie de Darier. Pollitzer cite comme le principal caractère clinique différentiel entre l'acanthosis nigricans et la maladie de Darier l'invasion des follicules pileux. Mais tous les auteurs n'admettant pas que la maladie de Darier a son point de départ le plus souvent ou même exclusivement dans les follicules, il faut avouer que dans ce cas il ne peut être question d'un ca-



ractère diagnostique différentiel typique. Darier lui-même, ainsi que d'autres auteurs, insiste sur la grande ressemblance des deux affections, surtout en ce qui concerne leur localisation.

Un caractère clinique différentiel important serait, selon Kuznitzky, que dans la dermatite de Darier on a toujours décrit comme efflorescences primaires des papules recouvertes de croûtes. Dans la dystrophie papillaire et pigmentaire on ne voit ni croûtes ni papules. Dans la dermatose de Darier il survient, comme efflorescences primaires, des papules, de petites aspérités (Pikelchen) ou encore des nodosités aplaties; il existe en outre une éruption de proéminences (Erhabenheiten) très confluentes; ici au contraire des districts plus ou moins étendus de la peau sont altérés dans l'ensemble de leurs papilles. Il n'y a pas d'efflorescences primaires dans le sens propre du mot, avec peau normale dans l'intervalle, mais constamment des surfaces continues sont malades, et leurs bourrelets papillaires plus ou moins hypertrophiés.

Les différences histologiques des deux affections sont considérables, absolument décisives; il suffit d'insister sur ce point que l'auteur n'a dans ses préparations rien trouvé qui ressemble aux éléments tout à fait caractéristiques décrits par Darier.

Donc la ressemblance clinique de l'affection décrite ci-dessus avec la dermatose de Darier, notamment en ce qui concerne la localisation, est le premier caractère relevé par tous les observateurs. Une autre condition clinique importante sur laquelle Darier a tout d'abord appelé l'attention est l'existence simultanée ou, pour être plus exact, l'existence antérieure d'une dégénérescence carcinomateuse d'organes abdominaux.

Quant à la nomenclature, l'auteur, d'accord en cela avec Darier, Hallopeau et Mourek, ne trouve pas justifiée la dénomination d'acanthosis nigricans proposée par Unna; la présence de très nombreuses *Mastzellen* ainsi que l'infiltration du chorion prouvent que la couche des cellules épineuses n'est pas le seul élément altéré. Kuznitzky n'a pu trouver dans ses préparations aucun point de repère pour décider la question de savoir si l'acanthose est le symptôme primaire et le plus important dans les modifications du chorion. Darier a proposé le nom de dystrophie papillaire et pigmentaire. Ce n'est pas une dénomination définitive, systématique, car en réalité on ne sait rien de l'étiologie de cette affection.

A. DOYON.

**Ecchymoses dans la paralysie agitante.** — G. CARRIÈRE. Les ecchymoses spontanées dans le cours de la maladie de Parkinson. (*La Presse médicale*, 16 septembre 1896, p. 473.)

Femme de 68 ans, atteinte de paralysie agitante depuis plus de cinq ans. A la suite d'une broncho-pneumonie assez grave, le tremblement disparaît à peu près complètement et la malade voit apparaître à plusieurs reprises, dans le premier espace interosseux de chaque main, des ecchymoses violacées de la longueur d'une pièce de 5 francs. L'auteur les a constatées 13 fois dans l'espace d'un an. Il les attribue à un trouble vaso-moteur lié à la maladie de Parkinson, comme l'hyperhidrose, les sensations subjec-

tives de chaleur, etc., qu'on observe dans cette maladie. En raison du siège qui est celui du purpura sénile, on pourrait, croyons-nous, se demander s'il y a lieu d'invoquer l'intervention de la paralysie agitante.

GEORGES THIBIERGE.

**Eczéma. Traitement.** — R. GOMEZ. Contributo alla cura dell'eczema; l'ittiolvasogeno. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, février 1896, p. 71.)

L'auteur a expérimenté à la Clinique de Tommasoli la pommade à l'ichtyol à base de vasogène dans le traitement de l'eczéma. Il prépare le vasogène (ou vaseline oxygénée) en faisant bouillir la vaseline avec 4 p. 100 d'acide nitrique, puis la laissant refroidir et la lavant pour enlever l'excès d'acide; cette substance dissout très bien l'ichtyol, à la condition d'y ajouter 5 p. 100 d'huile d'amande. L'auteur s'est servi de vasogène renfermant 10 ou 20 p. 100 d'ichtyol.

Il a employé ces pommades dans 12 cas d'eczéma de formes cliniques variées et en a obtenu des résultats favorables, prompts et énergiques, supérieurs à ceux des autres préparations anti-eczémateuses, y compris la pâte de Lassar. L'ichtyol-vasogène à doses faibles aurait, d'après l'auteur, des propriétés dessiccantes assez prononcées, et, à doses fortes, des propriétés émollientes. On pourrait l'employer aussi bien dans les eczémats humides que dans les eczémats secs.

GEORGES THIBIERGE.

**Épididymite hystérique.** — J. MOREL. Épididymite hystérique avec œdèmes nerveux et poussées incessantes d'érythème noueux. (*Médecine moderne*, 11 mars 1896, p. 161.)

Homme de 35 ans, ayant eu des blennorrhagies en 1878, 1880, 1882 et 1891, la première accompagnée d'orchite gauche. Le 1<sup>er</sup> juillet 1894, à la suite d'un bain chaud, vives douleurs dans le testicule droit; le lendemain, apparition sur la partie moyenne des deux jambes de plaques érythémateuses sur fond induré; en août, reproduction des mêmes phénomènes; jusqu'au mois de décembre, une vingtaine de fois à la suite de fatigue ou de rapports conjugaux, réapparition rapide de tuméfaction de l'un ou l'autre testicule et de nodosités érythémateuses sur les jambes ayant tout l'aspect de l'érythème noueux; pas de pus dans l'urèthre exploré avec la sonde à boule; signes d'hystérie: zones abdominales et zones thoraciques en arrière, plaques d'anesthésie disséminées, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel. En mai 1895, à deux reprises, à la suite de l'exploration de la sensibilité à l'aide d'une épingle, apparition d'œdème prononcé du tégument, qui se reproduit ensuite plusieurs fois sans cause appréciable. En septembre 1895, violentes douleurs lombaires avec albuminurie transitoire très considérable. Quelques jours plus tard, attaque convulsive au cours de laquelle on applique des sinapismes sur les jambes; le lendemain, œdème considérable de la jambe droite qui se reproduit au bout de deux jours pour persister pendant un mois, puis nouvelle poussée érythémateuse, et, au bout de quelques jours, parésie passagère de la main droite et poussée douloureuse sur les deux épидидymes.

L'auteur pense que tous ces accidents doivent être attribués à l'hystérie.

GEORGES THIBIERGE.

**Éruption médicamenteuse : antipyrine.** — COULON et VERNY. Un cas d'intolérance pour l'antipyrine. (*Bulletin médical du Nord*, 8 mai 1896, p. 301.)

Homme de 23 ans, ayant déjà pris, à plusieurs reprises, de l'antipyrine sans en être incommodé. En prend un gramme à huit heures du matin; vers quatre heures du soir, vives démangeaisons en différentes parties du corps, léger accès de fièvre et bientôt larges plaques rougeâtres, de dimensions et de formes variées, irrégulièrement disposées sur toute la surface du corps, principalement sur les faces antérieure et postérieure du cou, sur le pavillon de l'oreille et les paupières supérieures, ainsi que le tronc, les bras et les cuisses, et sur la muqueuse buccale; trois jours après, ces plaques se transforment en nombreuses phlyctènes assez étendues contenant un liquide citrin. Quinze jours après, le malade prend un nouveau gramme d'antipyrine; quatre minutes après, surviennent des fourmillements sur toutes les parties du corps, puis des démangeaisons extrêmement pénibles, et, au bout de six heures, apparaît une tuméfaction considérable du visage et se montrent sur tout le corps des plaques semblables à celles de la première éruption, mais beaucoup plus nombreuses, sur lesquelles se produisent plus tard des croûtelles.

GEORGES THIBIERGE.

**Éruption médicamenteuse : copahu.** — M. ORO. Un caso di tossidermia eritematosa di origine balsamica. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 285.)

Homme de 22 ans, atteint de blennorrhagie aiguë; 12 jours après avoir commencé l'usage des capsules de copahu, éruption généralisée, composée de macules érythémateuses de dimensions variables, très légèrement prurigineuses, prédominant aux régions scapulaires et mammaires et au tronc, sur la face dorsale des mains et des avant-bras.

A l'examen histologique, épiderme presque normal, sauf un très léger état granuleux de la couche malpighienne, qui se colore moins bien par le carmin; dans le derme, infiltration diffuse d'éléments ronds le long des vaisseaux, ce qui rend évidentes les anses vasculaires des papilles, ainsi qu'autour des follicules pileux, des glandes sébacées, des glandes sudoripares et de leurs conduits et des muscles érecteurs des poils; les éléments fixes du derme ne présentent aucune altération.

GEORGES THIBIERGE.

**Éruption hydrargyrique.** — M. ORO. Un caso di dermatite mercuriale maligna ad esito letale. Nevrite periferica. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 287.)

Homme de 40 ans, traité par les injections hypodermiques de sublimé pour des accidents présumés syphilitiques (fièvre, céphalée, douleurs arti-

culaires); au bout de 14 injections, le malade est pris brusquement de frisson et de fièvre, et, le lendemain, d'une éruption scarlatiniforme qui se généralise bientôt et est suivie de desquamation et de la production de croûtes impétigineuses dans les plis articulaires et sur diverses autres régions; fièvre rémittente, atteignant au maximum 39°; albuminurie, urobilinurie; au bout d'un mois, diarrhée, puis frissons et fièvre élevée, abattement considérable, eschares de décubitus, douleurs vives et mort.

A l'autopsie, on trouve, en particulier dans les régions thoracique et lombaire de la moelle, de petits foyers d'infiltration embryonnaire disséminés dans la substance grise postérieure et dans les zones radiculaires postérieures; dans les divers nerfs périphériques examinés, des lésions de névrite parenchymateuse: myéline réduite en granulations plus ou moins volumineuses disposées en chapelet; filaments axiles presque tous altérés, divisés en petits fragments ou complètement détruits; noyaux de la gaine de Schwann proliférés. L'examen histologique de la peau montre des lésions considérables de l'épiderme et une notable infiltration d'éléments embryonnaires, principalement le long des vaisseaux et des glandes cutanées.

GEORGES THIBIERGE.

**Érythème polymorphe.** — M. CARRUCCIO. Eritema polimorfo sictenoide; contribuzione clinica e batteriologica. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 269.)

L'auteur rapporte quatre observations d'érythème polymorphe; dans deux de ces observations, la lésion offrait le type phlycténoïde, l'examen histologique a été fait, une fois sur des fragments de peau biopsiés, l'autre fois sur des fragments enlevés après la mort.

L'examen histologique a montré des lésions semblables à celles décrites par Campana, Finger, Leloir, etc.; les coupes superficielles de l'épiderme sont saines; dans la couche de Malpighi, comme dans le derme, infiltration de cellules leucocytoïdes, un peu déformées, mêlées à des globules rouges. A l'examen du contenu de bulles récentes et non rompues, on trouva des microcoques ayant la forme, les dimensions et le groupement du staphylocoque pyogène et les cultures donnèrent un microcoque ayant l'aspect du staphylocoque doré sous le rapport de la forme et de la couleur des cultures; sur les coupes de phlyctènes, on trouva un parasite ayant le même aspect et les mêmes réactions.

L'auteur considère ces parasites comme les agents pathogènes de l'éruption dans le cas qu'il a étudié; mais il pense que la lésion causale de l'érythème polymorphe, laquelle est identique dans tous les cas, peut être provoquée aussi bien par une substance toxique que par un agent microbien, lequel peut varier suivant les cas.

GEORGES THIBIERGE.

**Favus.** — CHIRIVINO. Un caso non comune di favo generalizzato. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 178).

Garçon de 11 ans, atteint depuis cinq ans de favus du cuir chevelu, lequel s'est étendu sur le tronc depuis deux ans. Actuellement, l'enfant

est maigre, pâle, d'une faiblesse extrême, mangeant très peu, dormant presque toute la journée; presque toute la surface du corps, à l'exception d'un très petit nombre de points (côté de la flexion des membres, mains et pieds en partie), est occupée par des croûtes jaunes, du volume d'un grain de mil à celui d'une pièce de 2 centimes, de forme circulaire, déprimées à leur centre, formant des amas considérables sur le tronc et la racine des membres; au cuir chevelu, lésions semblables.

Les cultures provenant des lésions du cuir chevelu ou de celles des autres régions du corps ont toutes donné un seul et même champignon.

GEORGES THIBIERGE.

**Favus.** — CIARROCCHI. L'indispensabilità della depilazione nella cura del favo. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 149.)

Ciarrocchi, voulant se rendre compte de l'utilité de l'épilation dans le favus a, chez 12 faviques, soumis tout le cuir chevelu aux mêmes applications de pommade à base de soufre et d'acide salicylique, en épilant la moitié droite, tandis que la moitié gauche n'était pas épilée; la portion soumise à l'épilation a, chez tous les malades, guéri beaucoup plus rapidement que l'autre.

GEORGES THIBIERGE.

**Fibromatose.** — DELORE. Neuro-fibromatose cutanée avec xanthome profond du bras droit. (*Gazette des hôpitaux*, 28 avril 1896, p. 514.)

Homme de 33 ans, atteint de neuro-fibromatose généralisée; tumeur fusiforme fluctuante du volume du poing, occupant la partie inférieure du bras, survenue à la suite d'un coup reçu il y a 3 ans; la ponction donna issue à du liquide séreux; à l'incision de la tumeur, on constata la présence d'un liquide jaunâtre, très visqueux, contenu dans une coque très dure, épaisse de 2 à 4 centimètres, s'énucléant assez facilement des muscles voisins.

L'examen histologique d'une petite tumeur molluscoïde du thorax fit constater qu'elle était formée de petits faisceaux de fibres nerveuses et de glandes ayant l'aspect des glandes sudoripares normales: il s'agissait donc d'un hidradéno-neuro-fibrome.

La tumeur du bras offrait à la coupe des points colorés en rouge, d'autres franchement jaunes et d'aspect xanthomateux et de nombreuses cavités remplies de liquideséro-fibrineux; son stroma général était formé de tissu myxomateux très lâche; dans les parties les plus dures, il renfermait de très grandes cellules chargées de graisse.

M. Dor, qui a fait l'examen histologique des tumeurs, rapproche cette dernière des xanthomes; mais, en raison de l'incertitude que présentent les connaissances actuelles sur la nature du xanthome, croit plus rationnel de conclure simplement que cette tumeur était une production tératologique développée aux dépens du tissu conjonctif. GEORGES THIBIERGE.

**Neuro-fibromes du cuir chevelu.** — A. CHIPAULT. Deux cas de neuro-fibromatose plexiforme du cuir chevelu. (*Tribune médicale*, 3 et 10 juin 1896, p. 445 et 468.)

L'auteur rapporte deux observations de neuro-fibromes du cuir chevelu et insiste sur les caractères particuliers à cette localisation de la neuro-fibromatose dont il a réuni 29 cas.

Les tumeurs occupent primitivement le tissu cellulaire sous-cutané elles peuvent y rester confinées ou envahir les couches voisines; la couche aponévrotique du péricrâne peut être détruite et les os du crâne présenter soit des hyperostoses diffuses ou localisées, soit une atrophie qui peut aboutir à la perforation de l'os dans une plus ou moins grande étendue.

Les tumeurs occupent toujours une ligne qui part de l'angle interne de l'orbite, suit la paupière supérieure, traverse la fosse temporale un peu en dehors du zygoma, contourne le rebord supérieur du pavillon, coupe la région mastoïdienne et se termine au niveau de la protubérance occipitale inférieure; elles s'étalent plus ou moins en haut ou en bas de cette ligne; leur volume est variable et, lorsqu'il devient un peu considérable, les tumeurs se pédiculisent, formant des bourrelets qui ressemblent à de vieilles mamelles pendantes. Les autres caractères ne diffèrent pas de ceux des mêmes tumeurs occupant les autres régions du corps.

GEORGES THIBIERGE.

**Gangrène multiple de la peau.** — V. JANOVSKY et H. MOUREK. Beiträgo zur Lehre von der multiplen Hautgangrän. (*Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXV, p. 358.)

Les auteurs ont observé à la clinique du professeur Janovsky, à Prague, trois cas qui démontrent que nos connaissances sur la gangrène dite spontanée de la peau ne seront pas de longtemps encore complètes et suffisantes. Tandis que les deux premiers cas s'appuient sur les types qui existent déjà dans la littérature dermatologique, on ne saurait trouver dans la science de cas analogue pour le troisième. Les auteurs font précéder la description de leurs cas d'un résumé des faits observés jusqu'à présent. Dans tous ces cas il s'agit (à l'exception de celui rapporté par Rothmann) en général, sinon d'une façon absolue, de sujets jeunes, à dispositions neuropathiques, chez lesquels il est survenu, à la suite d'une cause accidentelle quelconque, des foyers gangréneux sur la peau, dont l'apparition est d'ordinaire annoncée par des troubles vaso-moteurs. La gangrène affectait les couches superficielles de la peau et avait un caractère progressif constant attendu qu'elle se reproduisait à certaines périodes de l'année.

Sur quatre cas observés par Demme d'érythème noueux avec purpura, deux s'accompagnaient de gangrène de la peau des parties affectées. Cet auteur croit qu'il s'agissait d'une maladie contagieuse, c'est-à-dire infectieuse, puisque parmi ces quatre cas trois concernaient des frères et sœurs. Demme aurait même réussi à cultiver un bacille spécifique (provenant du contenu des bulles, qui formait la transition à la gangrène de la peau) qui se trouvait dans les eschares gangréneuses.



Cet auteur en déduit que la gangrène serait provoquée par des micro-organismes.

V. Janovsky et Mourek rapportent ensuite deux des cas mentionnés ci-dessus et qui peuvent rentrer dans le groupe des faits précédents.

Le troisième cas mérite une mention spéciale et les auteurs le décrivent d'une manière très détaillée ; il est particulièrement intéressant en ce qu'il se distingue essentiellement par sa marche clinique spéciale et ses caractères histologiques de tous ceux qui ont été publiés jusqu'à présent.

Ce cas concerne un homme de 44 ans, marié, issu d'une famille saine chez laquelle il n'existait ni maladies héréditaires, ni acquises. Sa femme et ses enfants sont bien portants. Il n'est pas buveur et n'a jamais eu la syphilis, c'est seulement un assez grand fumeur.

La maladie de la peau est caractérisée par des efflorescences papuleuses. Ces papules, qui sont aplaties, rouge pâle, entourées d'un liséré rouge, peu saillantes, rénitentes, grossissent le plus souvent, rarement elles avortent. Les efflorescences les plus grosses subissent une double évolution : quelques-unes disparaissent spontanément et entièrement et laissent après elles la peau avec une pigmentation un peu plus rouge foncé que les parties environnantes, avec fine desquamation ; d'autres se recouvrent au centre d'une eschare lamelleuse au début, brune ou brun noir, très adhérente, qui plus tard devient épaisse et foncée. Si l'on arrache cette eschare on trouve un ulcère dont le bord à granulations luxuriantes est large, peu élevé, rougeâtre et bleu rouge à la périphérie extrême, assez tranché, inégal, de 3 mill. de hauteur, à sécrétion purulente à la base. Si on laisse l'eschare intacte, elle se détache spontanément après un laps de temps plus ou moins long et il ne reste à la place de l'efflorescence qu'une tache pigmentée.

Les auteurs n'ont pu constater dans ce cas, aucune régularité relative-ment à des sièges de prédilection et à des localisations spéciales.

Quant à l'étiologie de cette affection, on a fait à plusieurs reprises de nombreux examens bactériologiques de la sécrétion sous l'eschare, ainsi que du sang ; les résultats toujours ont été négatifs.

Si on récapitule les caractères cliniques et l'état histologique de ce cas de gangrène multiple de la peau, on se trouve en présence de conditions dignes d'attention. Bien que, en ce qui concerne l'étiologie, l'examen bactériologique n'ait donné, malgré de fréquentes recherches, que des résultats complètement négatifs, on ne saurait, d'après la marche clinique, rejeter l'hypothèse d'une cause infectieuse. Cette hypothèse est encore appuyée par les dires du malade sur une piqûre de mouche qui se produisit en août sur la main et après laquelle il se forma une pustule suivie d'une cicatrice rougeâtre. Il aurait pu y avoir ici une infection dite apicole. Il faut toutefois faire remarquer que même la recherche des bacilles de l'anthrax fut constamment négative. On peut exclure d'autres causes étiologiques au point de vue clinique ou histologique. Il ne peut pas non plus être question d'une altération des vaisseaux, ni de syphilis, ni de diabète ou de toute autre diathèse constitutionnelle.

L'étude la plus attentive du système nerveux ne donna aucun point de



repère pour la nature nerveuse de cette affection, la disposition et la distribution des efflorescences ne concordaient nullement avec des districts déterminés de distribution des nerfs périphériques, et on ne trouvait aucuns symptômes du côté du système nerveux central. L'affection n'était pas non plus déterminée par des agents chimiques, des cautérisations; il ne pouvait pas non plus être question de simulation.

Ainsi que cela résulte de l'examen histologique, il est évident que tout le processus a son point de départ dans un infiltrat situé autour des glandes sudoripares et sébacées ainsi qu'autour des follicules pileux et qu'il faut le regarder comme une variété spéciale de périfolliculite qui peu à peu pénètre les couches supérieures de la peau, s'ouvre un passage vers la couche épithéliale et finalement détermine la gangrène des couches en question de la peau.

A. DOYON.

**Gangrène symétrique des extrémités.** — CASTELLINO et CARDI. Sulla gangrena simmetrica delle estremità. (*Il Morgagni*, octobre et novembre 1895, p. 625 et 689.)

Longue étude, un peu confuse, sur la maladie de Raynaud, accompagnée de deux observations et suivie d'une bibliographie étendue.

GEORGES THIBIERGE.

**Herpès récidivant.** — H. GILLET. Herpès facial récidivant annuel chez l'enfant. (*Médecine moderne*, 4 juillet 1836, p. 427.)

Garçon de 8 ans et demi, ayant eu tous les hivers, depuis l'âge de 15 mois, une légère bronchite suivie d'une éruption herpétique occupant la face, les joues, le menton, le lobule de l'oreille. En octobre 1895, on constate sur la pommette gauche une plaque d'herpès irrégulièrement arrondie, de deux centimètres de diamètre, et sur la pommette droite une plaque irrégulièrement arrondie, avec prolongement triangulaire tourné vers l'angle interne de l'œil. En février 1896, quatre placards herpétiques occupant la pommette droite, les points mentionniers droit et gauche, le bord inférieur du maxillaire inférieur gauche.

L'auteur rejette le diagnostic d'herpès symptomatique, en raison de l'inconstance et du peu d'intensité de la bronchite et de la fièvre qui ont accompagné parfois l'éruption et conclut qu'il s'agit d'une affection d'origine trophoneurotique.

GEORGES THIBIERGE.

**Hyperkératose.** — E. RESPICHI. Di una singolare ipercheratosi. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 138.)

L'auteur revient sur l'affection qu'il a décrite presque en même temps que Mibelli et que ce dernier a désignée sous le nom de porokératose. Il en a observé, à Pise, 3 nouveaux cas chez des sujets âgés et en résume les caractères; saillies et taches discoïdales, à bords nets, s'étalant du côté de la peau saine, entourant une zone d'aspect et de consistance cornés ou d'aspect atrophique et ressemblant à une mosaïque irrégulière;

saillies papuloïdes, d'aspect et de consistance cornés, peu nombreuses, parfois même manquant complètement; tous ces éléments de couleur brunâtre, café au lait, plus ou moins prononcée; pas d'autres lésions, pas de desquamation, pas de vésicules, de pustules ou d'ulcérations; léger prurit; ces lésions prédominent sur les avant-bras et les mains, du côté de l'extension, et peuvent atteindre les ongles; on peut les rencontrer sur le visage et les oreilles, dans les creux axillaires et poplités, aux régions plantaires et palmaires, au niveau des organes génitaux et de l'anus, mais elles respectent les muqueuses.

Cette affection s'observe à tout âge, parfois chez plusieurs membres de la même famille; le plus souvent chez des ouvriers; elle a été observée dans les provinces de Parme, de Pise et de Lucques.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une augmentation circonscrite dans l'épaisseur de la couche cornée, qui sur les nodules se limite au pourtour des orifices sébacés ou sudoripares; sur le contour des disques, on voit plusieurs zones d'hyperkératose réunies entre elles. L'auteur conserve la dénomination d'hyperkératose à progression excentrique.

GEORGES THIBIERGE.

**Lèpre; sérothérapie.** — R. DE LUCA. Tentativi di seroterapia nella lebbra. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 132.)

R. de Luca, se basant sur cette idée théorique que l'immunité du lapin contre la lèpre doit tenir à ce que l'organisme fabrique une substance antiseptique qui détruit la vitalité du bacille de Hansen, suppose que chez le lapin inoculé avec des tissus lépreux, il doit se produire une antitoxine capable de détruire le bacille, alors même qu'elle est transportée dans l'organisme humain. Aussi a-t-il été amené à injecter à l'homme lépreux le sérum du sang du lapin inoculé de lèpre. Dans un cas, il a vu, à la suite de ces injections, un accès de fièvre lépreuse cesser rapidement, et des nodules lépreux s'affaïsser.

Dans un autre cas, une injection à un lépreux de sérum provenant d'un autre lépreux se trouvant à l'état de latence de sa maladie, a été suivie de fièvre, de malaise et d'augmentation de volume des lésions lépreuses.

GEORGES THIBIERGE.

**Lèpre anesthésique.** — CARRUCCIO. Le alterazioni anatomiche dell'a ciasi nei conigli e nell'uomo con lepra anestetica. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 4, p. 506, et *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, 1896, fasc. 2, p. 135.)

L'auteur a constaté, chez trois lapins et une poule de son laboratoire, une éruption occupant principalement les membres et caractérisée par des amas de substance cornée dure, de coloration blanc sale, saillants, villoses, fortement adhérents aux tissus sous-jacents; à l'examen de ces masses cornées, préalablement ramollies et désagrégées au moyen de la potasse caustique, il a trouvé en abondance un parasite du groupe des

acares (*sarcoptes minor*) au milieu d'une grande quantité de substance épidermique cornée ; sur des coupes, les papilles étaient augmentées de longueur, présentaient une légère infiltration inflammatoire ; le parasite occupait des cavités creusées dans l'épiderme et disposées comme les millaies d'une dentelle.

Chez un sujet atteint simultanément de lèpre anesthésique et de gale, il a rencontré des lésions analogues rappelant l'aspect du psoriasis et constituées au microscope par une hyperplasie épidermique renfermant dans ses mailles le sarcopte de la gale. Il attribue le développement de lésions épidermiques semblables à l'absence du prurit chez le lépreux anesthésique et chez le lapin dont la sensibilité cutanée est peu développée : les couches cornées superficielles s'accumulent les unes sur les autres et dans leurs interstices se conservent les acares, leurs œufs et leurs excréments.

GEORGES THIBIERGE.

**Lèpre.** — G. GLÜCK. Kommt Lepre in Dalmatien vor ? (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXVI, p. 47.)

L'auteur a pu personnellement constater la présence de la lèpre en Dalmatie. Il donne à l'appui de son assertion l'observation détaillée d'un jeune homme de 23 ans, né dans ce pays, à Banja, et l'ayant toujours habité ; il fut admis dans son service avec les symptômes caractéristiques de la lèpre tubéro-anesthésique.

Le père du malade est aussi de Banja où il est né, il vit dans le pays et serait tout à fait bien portant. Un parent du père serait mort il y a environ sept ans, après une très longue maladie semblable à celle du jeune homme en question.

La mère, née dans la même région, serait atteinte depuis plusieurs années d'une maladie semblable ; la sœur du malade, âgée de 32 ans, célibataire, aurait depuis seize ans la même affection, voire même avec des symptômes plus graves.

Une deuxième sœur mariée, à Banja, serait bien portante ainsi que ses enfants ; enfin une troisième sœur, âgée de 18 ans, n'a présenté jusqu'à présent aucune trace de cette affection.

Le malade ne sait pas si dans la famille de sa mère cette affection existe ou si elle a existé autrefois.

La nourriture de la famille consiste principalement en végétaux. Il y a deux ans, c'est-à-dire lorsque les symptômes morbides devinrent plus violents, le malade ne se nourrissait presque que de poissons frais et desséchés ; depuis lors, sa mère lui a défendu le poisson parce que cette nourriture aggravait son état.

Ce malade n'a jamais quitté son pays. Depuis environ quatre ans, il n'est pas tout à fait bien, cependant ce n'est que depuis deux ans qu'il a remarqué les premiers symptômes de l'affection actuelle : changement de coloration et épaissement de la peau du visage ainsi que la chute des sourcils.

Quant à la question de savoir si dans ce cas on a affaire à de la lèpre acquise ou héréditaire, l'auteur ne veut pas se prononcer, malgré l'anamnèse qui est en faveur de la dernière hypothèse (lèpre qui existerait dans la

famille du père, maladie lépreuse ancienne chez la mère ou chez une sœur plus âgée) et malgré le fait important que le malade, âgé de 23 ans, n'a que le développement d'un garçon de 17 à 18 ans. Car d'une part il est impossible de contrôler et d'affirmer les renseignements anamnestiques, et de l'autre l'expérience montre que la lèpre acquise dans le jeune âge arrête le développement du corps.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de savoir que la mère du malade lui a défendu le poisson parce qu'il aurait une influence fâcheuse sur son affection. Au Congrès international de Berlin, Hutchinson a défendu l'ancienne théorie du poisson. L'auteur ne saurait se rallier à cette opinion qui compte de très nombreux partisans chez les habitants des bords de la mer et dans le peuple, car il n'a vu encore qu'un petit nombre de lépreux qui ont eu leur maladie sans avoir jamais mangé de poisson.

Ce cas de lèpre serait le premier de la Dalmatie qu'on ait publié, il répond affirmativement à la question formulée en tête de ce travail. Les médecins de ce pays doivent donc poursuivre cette maladie et demander au gouvernement de prendre en temps utile les mesures nécessaires pour limiter et endiguer le fléau.

A. DOYON.

**Lupus.** — H. HALLOPEAU et H. ROGER. Action des toxines streptococciques sur le lupus. (*Presse médicale*, 8 avril 1896, p. 169.)

Se basant sur les modifications que l'érysipèle imprime au lupus, sur les faits dans lesquels on a injecté à des cancéreux des toxines streptococciques, les auteurs ont tenté de traiter des malades atteints de lupus vulgaire par l'injection de cultures streptococciques stérilisées à l'autoclave à 110°.

Leurs essais ont porté sur 7 femmes. Les injections ont été faites au niveau des régions malades dans l'épaisseur même du derme ; elles ont produit une tuméfaction œdémateuse, débutant de 15 minutes à 2 ou 3 heures après l'injection et parfois assez intense pour déterminer l'occlusion des paupières ; il n'y a eu de fièvre qu'une seule fois.

Des cultures de bacillus prodigiosus, injectées chez 3 malades, ont produit à plusieurs reprises de la fièvre, de la courbature et des poussées d'herpès labial.

Ces essais, continués pendant un temps variant entre un mois et 9 mois, à raison d'une injection par semaine, ont produit dans un cas (lupus ulcéré et fongueux du nez) une guérison presque complète dans l'espace de 7 mois ; dans 2 cas une amélioration très marquée et dans les 4 autres cas une amélioration légère ou nulle.

Ces résultats n'ont pas paru suffisants pour que les auteurs se soient crus autorisés à continuer leurs tentatives.

GEORGES THIBIERGE.

**Lupus.** — DERVILLE. Traitement des nodules de lupus isolés, par la dilacération suivie d'applications de chlorure de zinc. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 18 janvier 1896, p. 49.)

L'auteur propose de traiter de la façon suivante les très petits nodules lupiques : dilacération au moyen d'une aiguille à scarification à laquelle

on imprime un mouvement de rotation assez rapide, ce qui n'est que la manœuvre préconisée de M. Dubreuilh et que ce dernier exécute au moyen d'une petite curette; après cette dilacération, introduction dans la petite cavité ainsi creusée d'un petit cristal de chlorure de zinc. Il se forme une eschare noire, qui se dessèche, forme une croûte sous laquelle se fait la cicatrisation et qui tombe du 10<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour. Cette méthode a l'avantage, d'après l'auteur, de ne pas nécessiter l'application d'un pansement et d'agir très rapidement.

GEORGES THIBIERGE.

**Lupus. — MOTY.** Traitement du lupus par les injections de naphtol camphré. (*Bulletin médical du Nord*, 8 mai 1896, p. 298.)

Moty a essayé dans 10 ou 12 cas de lupus le traitement par les injections de naphtol camphré dans l'intérieur des nodules lupiques: il injecte une quantité de liquide proportionnelle au volume des nodules, une demi-goutte environ pour les plus gros, et fait trois ou quatre piqûres par séance. Ces injections produisent généralement dans les gros nodules une petite eschare noire et sèche, dont la chute laisse une cicatrice souple et saine et il y a peu d'inflammation secondaire. Les avantages de cette méthode sont, au dire de l'auteur, les suivants: elle est simple, ne nécessite pas d'instrumentation spéciale, est peu douloureuse, ne nécessite aucun appareil de pansement et son effet curatif serait plus durable que celui des autres médications, telles que curettage et cautérisations.

GEORGES THIBIERGE.

**Maladie de Morvan. — CASTELLINO et TONARELLI.** Del morbo di Morvan; contributo casistico. (*Il Morgagni*, septembre 1895, p. 557.)

Après une description assez complète de la maladie de Morvan, qu'ils n'identifient pas à la syringomyélie, tout en reconnaissant que cette dernière peut donner lieu au syndrome de Morvan, les auteurs rapportent deux observations qu'ils considèrent comme des cas de maladie de Morvan.

La localisation des symptômes aux membres inférieurs dans les deux cas doit, à notre avis, faire rejeter le diagnostic de maladie de Morvan; peut-être s'agit-il de cas de lèpre méconnue, hypothèse que les données des observations ne permettent pas de discuter.

GEORGES THIBIERGE.

**Microbes de la peau. — P. REMLINGER.** Les microbes de la peau humaine, leur numération, leur détermination, leur rôle en pathologie, les erreurs qu'ils peuvent entraîner au cours des recherches bactériologiques. (*La Médecine moderne*, 22, 25 et 29 avril, 1896, p. 257, 265 et 273.)

L'auteur, pour se faire une idée, qu'il reconnaît très imparfaite, du nombre des microbes qui existent à la surface de la peau humaine, a fait la numération des colonies obtenues par la culture de l'eau d'un bain dans lequel s'était frictionné vigoureusement le sujet en expérience; chez ces sujets, 50 militaires convalescents de maladies autres que des affections cutanées, et n'ayant pas pris de bains depuis 9 jours à 6 semaines,

le procédé de numération en question lui a donné des chiffres de microbes variant de 85,000,000 à 1,212,000,000, en moyenne 550,000,000; d'une façon générale les chiffres sont d'autant plus élevés que le sujet ne s'est pas baigné depuis plus longtemps; en s'astreignant lui-même à se baigner chaque jour pendant 8 jours, il a vu le nombre des microbes s'abaisser de 624,000,000 à 63,000,000 et à 24,000,000.

La répartition de ces microbes à la surface du tégument est très inégale: pour l'étudier, l'auteur a lavé pendant des temps égaux des surfaces égales au moyen de compresses stérilisées imbibées d'eau stérilisée et a fait la numération des colonies obtenues par la culture de l'eau de lavage de ces compresses: il a trouvé, en moyenne, par centimètre carré de peau des chiffres variant de 4,790 microbes (joue), 9,630 (face antérieure de l'avant bras) à 59,760 (mains), 66,740 (pli de l'aîne), 75,880 (face dorsale du pied), 77,600 (scrotum) et 172,000 (périnée).

L'auteur n'a pas cherché à déterminer les innombrables microbes saprophytes qui existent dans les couches superficielles de la peau et s'est appliqué uniquement à constater la présence des espèces pathogènes. Sur 50 sujets en expérience, il a trouvé 23 fois le *staphylococcus albus*, 11 fois le *staphylococcus aureus*, 14 fois le *staphylococcus citreus*, 8 fois le *streptocoque pyogène* et 5 fois le *coli-bacille* (1 fois à la face antérieure du thorax, 2 fois à la nuque, 1 fois à la face antérieure de la jambe, 1 fois sur la face dorsale du pied), sans compter les cas où il existait à la surface de la peau et du périnée.

L'auteur a constaté dans le sang obtenu par piqûre des parties les plus superficielles du derme, la présence de microbes qu'il regarde comme les microbes des couches profondes de l'épiderme: sur 50 sujets en expérience, il a trouvé 38 fois des microbes, 15 fois des staphylocoques, 10 fois un bacille long appartenant au groupe du subtilis, 6 fois un coccus se décolorant par le Gram et liquéfiant la gélatine sur laquelle il donne des cultures jaune orange, 6 fois un gros diplocoque se décolorant par le Gram et donnant sur gélose de grosses colonies blanches très opaques, enfin 36 fois un petit coccus se disposant dans les cultures par groupes de 2 ou de 4 ou en petits amas, donnant rapidement sur gélose des colonies ayant la forme de petits points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle, s'élargissant les jours suivants et arrivant à former des placards blanc grisâtre; ce microbe liquéfie très lentement la gélatine et se développe peu sur pomme de terre.

L'auteur indique sommairement le rôle de microbes ordinaires de la peau dans la production et l'aggravation des affections cutanées, montre l'utilité des soins de propreté de la peau. Il fait ressortir les erreurs d'interprétation qui peuvent résulter de la contamination des lésions cutanées diverses par ces microbes qu'on a plus d'une fois décrits comme les agents pathogènes des dermatoses les plus variées, d'où les difficultés réelles de l'étude bactériologique des affections cutanées.

GEORGES THIBIERGE.



**Molluscum contagiosum.** — F. DILIBERTO. Contributo agli studii sulla trasmissibilità del mollusco contagioso. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 3, p. 375.)

Sur 6 essais d'inoculation du molluscum contagiosum (5 au front chez les enfants, 1 à la cuisse chez une femme de 70 ans), un seul a donné des résultats positifs, chez un enfant : il se développa trois tumeurs de molluscum, à l'angle interne de l'œil, à quelques centimètres de distance du point d'inoculation.

GEORGES THIBIERGE.

**Nævus verruqueux.** — VEIEL. Ein Fall von Nævus verrucosus. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXVI, p. 3.)

L'auteur publie le cas suivant qu'il a présenté pour la première fois en 1891 à Heidelberg au Congrès des naturalistes : depuis cette époque, le nævus n'a pas changé et correspond exactement à ce qu'il était alors.

Ce cas concerne une fillette de 9 ans. Les parents et une sœur de la malade âgée de 6 ans sont en bonne santé. Il y a environ un an la malade remarqua à peu près au milieu de la paupière inférieure droite une verrue de couleur claire ayant à peine la grosseur d'un grain de mil que son père coupa avec des ciseaux. Bientôt après, il se développa, à partir de la plaie, sur la paupière inférieure, de nouvelles verrues qui s'étendirent vers l'angle externe de l'œil et peu à peu aussi envahirent la paupière supérieure et la partie nasale des paupières. Il y a environ 1 mois et demi la prolifération verruqueuse gagna aussi l'angle externe de l'œil gauche et s'étendit de là jusqu'au milieu de la paupière supérieure et inférieure. Des proliférations, mais plus volumineuses, survinrent aussi peu à peu dans le creux des aisselles.

Si on découvre la malade on est immédiatement frappé par l'état particulier de la peau. La peau de tout le côté antérieur droit du tronc et du tiers supérieur de la cuisse est recouverte d'élévures aplaties, pigmentées, en forme de lentille. Ces élévures sont, sur les parties supérieures et moyennes du thorax, disposées en traînées, semblables à des nids et ont un aspect analogue au tableau microscopique des nids du carcinome ; entre ces traînées la peau est normale. Les verrues ont une coloration variant du jaune au gris. Au cou, dans la fosse supra-claviculaire, se trouvent des verrues plus volumineuses, en partie aussi à pigmentation plus foncée, en arrière elles s'étendent jusqu'à la limite des cheveux, en avant jusqu'au maxillaire inférieur.

A partir de la sixième côte, en descendant à droite, les verrues sont si confluentes qu'au premier aspect on pourrait croire que la peau a été badigeonnée avec de l'iode ou du goudron ; les verrues ont ici une coloration noir gris. En remontant à partir de la sixième côte les verrues, également très pigmentées, arrivent jusqu'à la troisième côte et ne dépassent pas le milieu du sternum.

Un fait à noter c'est que, à partir de la troisième côte en descendant, la peau malade est limitée par la peau saine du côté gauche en une ligne très nette correspondant exactement à la ligne blanche.

L'auteur décrit ensuite la disposition du nævus sur les autres régions



du corps ; il existe principalement du côté droit, mais il a aussi envahi le côté gauche en quelques points, notamment au bras, au thorax, à l'abdomen, le long de la colonne vertébrale. Tout autour du nombril se trouvent quelques verrues pigmentées. La région inguinale gauche est complètement indemne, tandis qu'à droite les élevures atteignent presque jusqu'au milieu de la cuisse.

En arrière la moitié droite du tronc jusqu'à la région fessière est envahie comme sur la face antérieure par les mêmes verrues.

Le long de la colonne vertébrale les verrues sont disposées comme des épis d'orge.

La paume des mains est indemne, la surface dorsale présente un petit nombre de verrues non pigmentées. Les surfaces d'extension des avant-bras sont indemnes ; d'ailleurs les bras présentent des verrues pigmentées, plus accusées sur les faces de flexion et particulièrement dans le pli du bras du côté droit.

Dans le creux des aisselles il y a des proliférations analogues à des choux-fleurs, ayant tout à fait l'aspect de condylomes acuminés. Ces proliférations ont les unes une couleur rose pâle, les autres sont recouvertes de squames épithéliales jaune gris, en quelques points croûtes, crevasses et hémorragies récentes.

Autour de l'anus, verrues larges, pigmentées, semblables à des condylomes larges. Sur la jambe droite, traînée légèrement pigmentée de petites verrues s'étendant du côté externe de la région fessière jusqu'au côté externe du creux poplité. Dans le creux poplité gauche il y a également un groupe allongé de petites verrues pigmentées. A. DOYON.

#### REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

**Blennorrhagie : arthrite.** — GRIFFON. Arthrites suppurées à gonocoques chez un nouveau-né. (*Presse médicale*, 19 février 1896, p. 88.)

Enfant de 2 mois, atteint depuis les premiers jours de son existence d'une ophtalmie purulente qui n'a été traitée que par des lavages boriqués ; à son entrée à l'hôpital, ophtalmie purulente double avec perforation de la cornée, vulvo-vaginite ; le lendemain de l'entrée, début d'arthrites de la hanche droite et du poignet droit, avec épanchement articulaire abondant ; les jours suivants, diarrhée verte, hypothermie ; mort 11 jours après le début des arthrites.

A l'autopsie, pus blanchâtre, crémeux, très visqueux dans la synoviale du poignet, laquelle est peu altérée, peut-être seulement un peu épaissie ; les gaines des tendons extenseurs paraissent altérées ; à la hanche, les lésions sont uniquement articulaires, pus très épais, blanc et visqueux avec quelques grumeaux plus compacts dans la synoviale qui est lisse et non injectée. Pas de lésions vésicales.

L'examen bactériologique du liquide de la hanche extrait pendant la

vie, montre, outre des gonocoques se décolorant par le Gram, des microcoques et des bacilles restant colorés après le Gram; la culture sur gélose additionnée de liquide ascitique fournit des colonies de staphylocoque blanc et d'un petit bacille ressemblant morphologiquement à celui de la diphtérie. Le pus oculaire donne des résultats identiques; le pus vaginal renferme les mêmes micro-organismes. Les exsudats du poignet et de la hanche, recueillis à l'autopsie, renferment des gonocoques se décolorant par le Gram, des staphylocoques blancs; le sang du cœur ne fournit pas de cultures.

GEORGES THIBIERGE.

**Ulcère chronique génital.** — G. MAZZA. Sull' ulcera cronica delle prostitute. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, 552.)

L'auteur rapporte 3 observations d'ulcérations chroniques, de forme irrégulière, à bords et à fond scléreux, à fond lisse et à sécrétions peu abondantes, indolentes, non contagieuses, développées à la vulve chez des prostituées (ulcère chronique des prostituées de Sperino). L'examen histologique pratiqué dans un cas a montré l'existence de foyers d'infiltration granulomateuse entourés d'une zone de néoformation conjonctive et de vaisseaux sanguins de nouvelle formation; dans les couches épithéliales, les cellules présentaient des processus dégénératifs différents de la dégénération hydropique, de la tuméfaction trouble et de la nécrose de coagulation.

L'examen microscopique des tissus malades et leur inoculation au lapin n'ont pas permis de déceler la présence du bacille de Koch.

L'auteur pense qu'il faut attribuer, dans la production de ces lésions, une grande importance aux conditions locales (contact de l'urine, des sécrétions utérines et vaginales, stase hémorrhoidaire, etc.) qui facilitent l'action ou provoquent la présence de nombreux germes parasitaires.

GEORGES THIBIERGE.

**Urétrite blennorrhagique.** — M. MOLLER. 100 Fälle von Urethritis gonorrhoeica, behandelt nach Janet's Methode. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXV, p. 45.)

D'après les résultats obtenus, la méthode de Janet est supérieure aux autres méthodes expérimentées jusqu'à présent dans le traitement abortif de la blennorrhagie. Appliquées dans les 2, 3 à 4 premiers jours d'une blennorrhagie, elle donne des résultats positifs.

Plus tard, quand la maladie atteint une plus grande acuité, cette méthode n'a que peu d'action — comme tous les autres procédés de traitement local.

Dans les blennorrhagies subaiguës et chroniques cette méthode a en général une action rapide et sûre, mais avec des doses élevées, elle n'est pas sans danger.

A. DOYON.

## REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

**Chancre de l'urèthre.** — V. CASOLI. Il sifiloma del meato dell'uretra maschile e le sue conseguenze tardive per la stenosi del medesimo. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 3, p. 337.)

L'auteur rapporte dix observations personnelles de chancre syphilitique du méat urinaire.

Il en décrit les diverses variétés cliniques : *a*) en forme de nodule saillant, susceptible de passer inaperçu ; *b*) en forme de cercle autour de l'orifice urétral ; *c*) chancre latéral ; *d*) induration diffuse de tout le méat sans aucune modification de son aspect ; *e*) chancre étendu à la fossette naviculaire, variété la plus importante en raison de la sténose qui lui succède.

Les causes de cette localisation du chancre sont les traumatismes, les folliculites, les posthites, l'herpès, les excoriations de tout genre et surtout la blennorrhagie qui préexistait dans tous les cas de chancre de la fossette naviculaire.

Le chancre du méat a pour conséquences tardives des rétractions, des déformations et aussi le rétrécissement et la sténose du méat, suivant la plus ou moins grande étendue des lésions.

La sténose peut se produire même sans qu'il y ait eu ulcération du chancre ; elle dépend surtout de la plus ou moins longue durée de la lésion ; elle peut être due à un anneau fibreux entourant l'urèthre ou à une callosité diffuse à la surface du canal urétral. Elle peut : *a*) consister en un rétrécissement total portant sur toute la circonférence ; *b*) ou en un rétrécissement limité à la moitié supérieure du méat ; *c*) rendre l'ouverture du méat irrégulière et transversale ; *d*) siéger au-dessous de la fosse naviculaire, de sorte que le méat conserve extérieurement sa forme régulière ; *e*) oblitérer complètement le méat, de sorte qu'il se produit un nouvel orifice au-dessous ou sur le côté du méat. Le rétrécissement est d'une dureté fibreuse et peut devenir l'origine d'accidents graves.

Le rétrécissement peut être prévenu par un traitement approprié du chancre ; l'auteur recommande le pansement à l'iodoforme et surtout un mélange à parties égales de calomel et d'iodol, qui hâte la cicatrisation, et une fois la cicatrisation obtenue l'application d'emplâtre mercuriel. Lorsque le rétrécissement est constitué, la dilatation par les bougies est sans effet sur lui et il faut recourir à l'incision du gland. GEORGES THIBIERGE.

**Chancre de l'œil.** — GALLEMAERTS. Chancres indurés de la paupière. (*La Policlinique*, 1<sup>er</sup> mai 1896, p. 583.)

Homme dont la femme était atteinte depuis un an de syphilis ; dans une querelle de ménage, il reçoit un coup de griffe au visage ; au point correspondant (paupière inférieure droite, près de l'angle interne), deux petites érosions elliptiques à grand axe parallèle au bord libre de la paupière, l'interne plus étendue ; engorgement indolore du ganglion préauriculaire correspondant. Ultérieurement, roséole. GEORGES THIBIERGE.

**Syphilome de la face.** — T. DE AMICIS. Di una speciale forma di infiltrazione gommosa nel volto in un caso di sifilide ignorata. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 186.)

Jeune fille de 17 ans, atteinte depuis cinq mois de lésions de la face ayant commencé par de violentes douleurs nocturnes dans la région temporo-maxillaire gauche. Toute la moitié gauche de la face est augmentée de volume, surtout dans la région temporo-auriculaire, qui est le siège d'une coloration rouge livide par places, rouge cinabre en d'autres; cette tuméfaction est limitée en haut par la ligne temporale, en bas par le bord de la région parotidienne; en avant, elle se perd insensiblement dans la joue; sa surface est irrégulière; pavillon de l'oreille tuméfié, entouré par un bourrelet d'infiltration rouge violacée à sa base, blanc de cire à son sommet.

Pas d'antécédents de syphilis. Amélioration rapide par le traitement mixte.

GEORGES THIBIERGE.

**Syphilis du testicule.** — A. REALE. Sulla epididimite gommosa primitiva. (*Giornale internazionale delle Scienze mediche*, 1895.)

L'auteur rapporte une opération d'épididymite gommeuse et, à cette occasion, résume 155 cas d'épididymite gommeuse primitive, observés parmi 4,362 sujets atteints de syphilis tardive observés à la clinique de T. de Amicis : 60 fois les lésions occupaient le testicule droit, 66 fois le gauche et 29 fois les deux testicules. L'épididymite gommeuse peut être la seule lésion syphilitique existante; elle peut occuper la totalité ou seulement, et plus rarement, une partie de l'épididyme et dans ce dernier cas occupe le plus ordinairement la tête de l'épididyme; elle aboutit très rarement à la production de fistules.

GEORGES THIBIERGE.

**Sperme syphilitique.** — ROCHON. De la virulence du sperme dans la syphilis secondaire. (*Médecine moderne*, 11 avril 1896, p. 233.)

L'auteur rapporte : 1<sup>o</sup> un cas de chancre de la région sous-ombilicale chez une femme dont le mari, syphilitique depuis deux ans, avait l'habitude d'éjaculer sur le ventre de sa femme; 2<sup>o</sup> l'observation d'un jeune homme, syphilitique depuis quatorze mois, présentant un écoulement urétral sans gonocoques, qui disparut sous l'influence du traitement mercuriel; ce jeune homme transmet la syphilis à sa maîtresse, bien qu'il n'ait eu aucune lésion de la verge.

L'auteur pense que ces contagions doivent être attribuées au mélange du sperme avec les sécrétions de lésions syphilitiques de la muqueuse génitale : il suppose que, dans le premier cas, il existait quelque lésion de l'urèthre ou du testicule; dans le deuxième, il attribue à la présence de plaques muqueuses uréthrales l'écoulement qu'il a constaté.

GEORGES THIBIERGE.

## REVUE DES LIVRES

**Bacille de la syphilis.** VAN NIESSEN. — *Der Syphilisbacillus*. (Brochure in-8° de 92 pages avec 4 planches lithographiées et une héliogravure. Wiesbaden, chez Bergmann, 1896.)

Après de nombreux essais, l'auteur a conseillé le procédé suivant pour obtenir des cultures pures du bacille de la syphilis. Dans des cas avancés de syphilis tertiaire avec symptômes florides, rarement observés, on inocule plusieurs porte-objets creux stérilisés ou des tubes capillaires, avec du sang provenant d'incisions superficielles de la peau, préalablement savonnée avec soin et lavée avec l'éther. On ferme les premiers avec de grandes lamelles de verre stérilisées et on les met à l'abri de l'évaporation avec de la cire. Après dix à quatorze jours, quelquefois avant, on remarque dans le sérum, sur le bord libre, correspondant à l'excavation du verre, quelques groupes isolés; un peu plus tard on aperçoit de temps en temps aussi une couronne complètement formée d'amas de bâtonnets spéciaux, très compacts du bacillus veneris. Ces petits amas de bacilles consistent en gazons de bâtonnets très fins, compacts, en quelque sorte feutrés, qui au premier abord font l'impression d'amas de cocci. A la périphérie des colonies on voit de très nombreux petits groupes de bâtonnets et d'autres isolés, souvent courbés à angle aigu et quelquefois animés de mouvements très vifs. Les bacilles disposés sous forme d'un V ont engagé l'auteur à nommer cette espèce « *bacillus veneris* »; ils représentent, comme le comma, dans les germes du choléra, une période de segmentation.

Morphologiquement ce bâtonnet présente un pléomorphisme très marqué; tandis que l'individu isolé correspond plutôt à un coccus allongé, très étroit, on trouve en général une forme grêle de bâtonnet qui consiste dans la plupart des cas en un couple, avec sillon clair transversal, ressemblant, quant à la forme et à la longueur, au bacille de la tuberculose, mais il est un peu plus court et moins fort.

Ce bacille transporté sur la gélatine détermine au bout de trois jours de petits points clairs comme de l'eau, extrêmement petits, et la surface paraît comme saupoudrée de petites gouttelettes très fines. Vingt-quatre heures plus tard ces gouttelettes prennent une coloration trouble, blanc jaunâtre; au bout d'encore vingt-quatre heures la colonie, qui forme une légère saillie arrondie, consiste en une masse jaune trouble, visqueuse, filamenteuse.

A partir de ce moment on remarque au bord une fusion de la gélatine en forme d'anneau, qui se liquéfie de plus en plus, de sorte qu'au début il se fait une dépression en demi-sphère. Au bout de dix jours environ la gélatine est complètement liquéfiée, les bactéries se réunissent au fond du petit tube où elles forment une masse jaunâtre qui rappelle, comme consistance et couleur, les coagula de pus. Après trois semaines environ

il se produit dans quelques tubes une petite pellicule à peine cohérente qui, en progressant de haut en bas, détermine un trouble du liquide que le temps fait disparaître (développement des spores).

Le bacille de la syphilis est donc aérobie. L'expérience suivante est importante au point de vue du traitement mercuriel : dans des cultures bien développées de bacilles de la syphilis qu'on recouvre d'une couche de 4 à 5 centim. d'une solution de sublimé à 1 pour 1000, les bâtonnets non seulement restent en partie vivants mais pénètrent de plus en plus dans la gélatine liquéfiée.

La meilleure température pour le développement du bacille de la syphilis est 30° C. A ce degré, comme avec la chaleur du corps, les bacilles se multiplient rapidement et bien et forment très promptement des spores.

Le meilleur terrain de culture, sur lequel les bacilles de la syphilis se multiplient, est le sérum sanguin humain durci. Mais comme il est souvent très difficile de s'en procurer, l'auteur emploie le sérum de sang de mouton, et les pommes de terre.

Les bacilles se colorent très facilement avec la solution très récemment préparée de fuchsine phéniquée (méthode de Ziehl-Neelsen) et par la méthode de Gram, mais les préparations ne se conservent pas aussi bien avec cette dernière méthode.

Expérimentalement l'auteur a réussi à provoquer chez des lapins, après injection à la face interne de l'oreille gauche d'une culture sur gélatine datant de huit jours, une sclérose au point inoculé, survenue treize jours après l'inoculation.

Quatre jours plus tard cette sclérose commence à se dessécher, sa surface recouverte de petites squamules sèches se desquame ; pas d'injection dans la région de la papule. 46 jours après l'inoculation le lapin perdit son poil.

A. DOYON.

Professeur ED. LANG. — *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der syphilis* (Leçons sur la pathologie et le traitement de la syphilis), 2<sup>e</sup> partie, 2<sup>e</sup> édition in-8°. Wiesbaden, 1896, Bergmann.

La première partie de cet important ouvrage a paru dans le courant de cette année et nous en avons rendu compte à ce moment dans les Annales. La deuxième partie mérite les mêmes éloges que la première, les descriptions sont claires et précises.

Cette partie comprend les leçons sur la syphilis du système nerveux central et périphérique et des organes des sens, la syphilis héréditaire, le traitement de la syphilis. Douze leçons sont consacrées au traitement des différentes manifestations de la syphilis, aux divers modes d'administration du mercure. C'est un des chapitres les plus intéressants de l'ouvrage, et, si en quelques points nous ne partageons pas les opinions de l'auteur, notamment en ce qui concerne le traitement général de la syphilis, nous n'en reconnaissons pas moins toute la valeur des idées défendues par M. le professeur Lang et nous ne saurions trop recommander son livre à tous ceux qui veulent se livrer à une étude approfondie de la syphilis.

En résumé, cette deuxième édition aura le même sort que la première,



c'est-à-dire sera accueillie avec la même sympathie, car elle présente les mêmes qualités, elle est le résultat d'une vaste expérience et de la connaissance approfondie de tous les travaux qui ont été publiés dans notre spécialité. Elle sera un guide précieux pour les praticiens et les étudiants. De bonnes gravures sur bois, disséminées dans le texte, complètent et rendent plus facile l'étude des descriptions cliniques.

Ajoutons en terminant que pour la partie historique, l'auteur s'est référé aux recherches si exactes et si approfondies du savant historiographe viennois J. K. Proksch.

A. DOYON.

**LESSERTEUR. — Le hoang-nan, remède tonkinois contre la rage, la lèpre et autres maladies, un vol. in-12, Paris, Baillière, 1896.**

L'auteur est directeur au Séminaire des missions étrangères ; il a eu l'occasion au cours de ses voyages de voir traiter la lèpre au Tonkin par le *hoang-nan* qui est encore, paraît-il, employé avec succès dans le traitement de la rage.

Une première fois, en 1879, il a déjà fait connaître au monde médical la vertu de cette substance ; il y revient aujourd'hui, apportant de nouvelles expériences faites sous la direction de médecins.

Le *hoang-nan* est une liane que l'on rencontre surtout dans les montagnes qui séparent le royaume d'Annam du Laos, à la hauteur du Tonkin méridional ; l'étude chimique et anatomique de cette plante a été faite par M. Planchon, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris en 1877. Les caractères saillants de l'écorce du *hoang-nan* rapprochent cette plante de celle nommée fausse angusture. L'analyse chimique a d'ailleurs révélé dans le *hoang-nan* la présence des deux alcaloïdes de la fausse angusture, *strychnine* et *brucine*. L'action physiologique a été étudiée par le Dr Livon, de Marseille, par le Dr Galippe, de Paris ; les effets sont comparables à ceux de la strychnine.

Au Tonkin on emploie le *hoang-nan* en poudre, mélangé à l'alun et aussi au réalgar naturel à peu près par parties égales et on fait des pilules de cette poudre du poids d'environ 25 centigrammes.

Contre la rage et les morsures venimeuses on recommande de prendre par jour à titre préventif une, puis deux, puis trois pilules, puis davantage jusqu'à ce que le malade éprouve un malaise général, des crispations des mains et des pieds, des vertiges, et surtout des mouvements nerveux de la mâchoire : à ce moment on arrête.

Contre la lèpre « on commence par administrer la moitié d'une pilule le matin et l'autre moitié le soir ; le lendemain, une pilule le matin et une le soir, et ainsi de suite, en augmentant chaque jour d'une pilule le matin et d'une le soir jusqu'à cinq ou six pilules à chaque dose ; alors, on s'arrête pendant une dizaine de jours. Puis on recommence comme la première fois, en tâchant d'arriver à une dose un peu plus élevée ; mais il ne serait pas prudent d'en prendre pendant plus de sept ou huit jours consécutifs, surtout si le malade n'est pas très robuste ». Les pilules s'administrent ordinairement avec un peu de vinaigre qui facilite leur dissolution ; on peut s'en passer, mais il faut s'abstenir absolument de boisson alcoolique.



Nous laisserons de côté ce qui a trait au hoang-nan dans le traitement de la rage et les expériences longuement rapportées du Dr Barthélemy, de Nantes. Depuis la découverte pastorienne le traitement a perdu son intérêt. Il en est de même des heureux résultats rapportés aussi par les missionnaires dans le traitement des morsures venimeuses, voire de la peste, depuis les travaux et découvertes de Calmettes et de Yersin.

Reste donc l'emploi du hoang-nan dans la lèpre. Les observations relatives par divers missionnaires, notamment par le R. P. Etienne, sont en effet fort encourageantes. Il serait désirable que l'étude de ce curieux agent thérapeutique fût reprise scientifiquement et poursuivie non seulement pour la lèpre, mais aussi pour quelques autres affections cutanées, chroniques et rebelles, dans la cure desquelles, au dire des mêmes missionnaires, le hoang-nan s'est montré fort utile.

H. F.

H. BOURGES. — *L'hygiène du syphilitique*. Un vol. petit in-8°. Paris, Masson, 1897. De la Bibliothèque d'hygiène thérapeutique, dirigée par le professeur Proust.

Si l'on s'en tenait à la signification exacte de son titre, un tel livre pourrait facilement avoir usé toute la matière en quelques pages, car les préoccupations hygiéniques individuelles que doit avoir le malade atteint de syphilis se résument en quelques conseils pour l'empêcher autant que possible de semer autour de lui la contagion, en quelques règles de conduite pour éviter, au moins durant les premières années, une aggravation de son mal. Mais l'intitulé du livre sert ici surtout à le rapprocher des autres volumes déjà publiés dans cette intéressante collection : *Hygiène du goutteux*, *Hygiène des asthmatiques*, *des obèses*, etc., et c'est, sous une forme sommaire et agréable, un résumé de notions générales d'étiologie, d'hérédité, et de thérapeutique même de la syphilis. Les portes d'entrée du contagement sa transmission héréditaire, sont l'objet d'autant de chapitres et composent la première partie. La deuxième partie traite de la prophylaxie de la syphilis dans le mariage, dans l'allaitement, dans la vaccination et renferme en trois chapitres les considérations hygiéniques proprement dites, hygiène morale et hygiène physique. L'auteur a parfaitement indiqué le rôle moral important que doit remplir le médecin en présence d'un malade venant de contracter la syphilis : aux uns il devra inspirer la crainte salutaire de leur mal et prévenir les contagions, conséquences de trop d'insouciance ; aux autres, non moins nombreux par le temps qui court, car les préjugés plaisants sur les maladies vénériennes tendent heureusement de plus en plus à disparaître, il devra redonner confiance dans l'avenir, il aura à relever l'énergie morale, empêcher des déterminations hâtives, prises dans le premier affolement de la contagion et compromettant tout l'avenir, la vie elle-même.

Quelques pages terminales indiquent les adjuvants hygiéniques de la médication spécifique, cures d'air ou cures d'eau, enfin les mesures sanitaires de prophylaxie générale préconisées par tous les médecins, mais si mal appliquées dans la pratique administrative.

En somme, un résumé clair et élégant qui paraît s'adresser plus aux

gens du monde qu'aux médecins, mais dans lequel ceux-ci, surtout ceux qui ne vivent pas professionnellement dans ce milieu spécial, trouveront de nombreux et utiles conseils pour la bonne direction de leurs malades. L'auteur, qui a longtemps vécu à l'hôpital Saint-Louis, a puisé à la meilleure source et c'est à chaque page que s'impose le souvenir de l'enseignement si précieux dans toutes ces questions délicates de M. le professeur Fournier.

H. F.

## NOUVELLES

### Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les collections iconographiques du Musée viennent de s'enrichir d'une série de belles photographies gracieusement offertes par M. le Dr SAVILL, de Londres, et reproduisant les principaux types de la curieuse dermatose épidémique observée et relatée par lui en 1895. Nous remercions bien vivement notre confrère de son généreux don et rappelons à nos confrères dermatologistes et syphiligraphes que nous serons toujours heureux et reconnaissants de recevoir les volumes, brochures, tirages à part, dessins, photographies, etc., qu'ils voudront bien envoyer au Musée-Bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis. Les envois doivent être adressés à : M. le Dr H. FEULARD. *Musée-Bibliothèque de l'Hôpital Saint-Louis*, à Paris.

*Le Gérant : G. MASSON.*

